

LA INVENCIÓN DE LA TRANSCLÍNICA
El teatro como dispositivo disidente durante el
ingreso hospitalario en psiquiatría

María Cecilia Márquez Fernández de Ullivarri

Tesis depositada en cumplimiento parcial de los requisitos para el
grado de Doctor en Humanidades

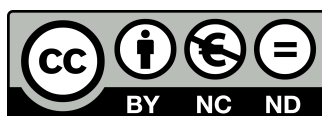
Universidad Carlos III de Madrid

Director:

Dr. Eduardo Pérez-Rasilla Bayo

Septiembre de 2020

Esta tesis se distribuye bajo licencia “Creative Commons **Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada**”.



Dedicatoria

A mi madre por apuntarme a teatro.

A mi padre por su sensibilidad.

Agradecimientos

A Madrid

microespacio temporal

CONTENIDOS PUBLICADOS Y PRESENTADOS

En la presente tesis doctoral se ha incluido y se ha adaptado parte del marco teórico y del trabajo de campo correspondiente al Trabajo de Fin de Máster realizado para optar por el título del Máster en Teoría y Crítica de la Cultura de la Universidad Carlos III de Madrid. El material de esta fuente incluido en la tesis no está señalado por medios tipográficos ni referencias. El Trabajo de Fin de Máster se defendió el día 7 de octubre del año 2014 bajo el título “Narr(arme) Teatro en el Hospital”. Dicho trabajo fue dirigido por el Dr. Eduardo Pérez-Rasilla Bayo.

Asimismo, es preciso declarar que parte del Capítulo “La invención de la transclínica”, correspondiente al marco teórico de esta investigación, fue presentado y aceptado para ser publicado en el cuarto número de la revista *Huellas: Psicoanálisis y territorio* de la Editorial Brueghel. Su publicación está prevista para diciembre del 2020.

INDICE

RESUMEN	13
ABSTRACT	15
PREFACIO	17
INTRODUCCIÓN	19
PARTE I	25
<i>Justificación del Problema de Investigación</i>	25
<i>Planteamiento del Problema de Investigación</i>	28
<i>Objetivos</i>	29
Generales	29
Específicos	29
<i>Consideraciones éticas y legales</i>	30
<i>Conflicto de interés</i>	31
PARTE II	32
<i>Estado del arte</i>	32
<i>Capítulo I: La invención de la transclínica</i>	35
I. Génesis del concepto clínica	35
II. Del biopoder a la psicopolítica	41
III. Clínica posmoderna, pastiche de la Modernidad	49
IV. La transclínica	56
<i>Capítulo II: El teatro como tecnología disidente</i>	63
I. Clínica remixada sin copyright	63
II. El dispositivo transclínico: la tramoya	68
PARTE III	103
Metodología	103
<i>Hipótesis</i>	103
<i>Identificación de las variables</i>	103
Independiente	103
Dependiente	103
<i>Definición conceptual de las variables</i>	103
Independiente	103
Dependiente	104
<i>Tipo y nivel de investigación social</i>	104

<i>Diseño</i>	105
<i>Limitaciones</i>	105
<i>Población y Muestra</i>	106
<i>Unidad de Análisis: la Escena</i>	107
PARTE IV	120
Análisis de los datos	120
<i>Etnografía de la clínica madrileña</i>	120
I. Recorrido etnográfico	123
<i>Trabajo de campo profesional</i>	125
I. Cartografía transoceánica de la clínica	125
II. El hospitium centríberico	126
III. La organización del hospital: primeras impresiones	127
IV. Historia del Servicio de Psiquiatría	131
V. Una jornada científica	135
VI. Una aproximación a la anorexia	138
VII. Semiología: otra recolección de datos es necesaria	142
<i>Análisis de la Experiencia Profesional</i>	149
I. En un segundo momento, pensar	149
<i>Trabajo de campo predoctoral</i>	154
I. Sobre hombros de gigantes	154
II. Historia del dispositivo: artes escénicas en psiquiatría	158
<i>Análisis predoctoral de los datos</i>	159
I. In vestigium	159
<i>Trabajo de campo doctoral</i>	161
I. Una nueva aproximación es posible	161
II. Golpe a golpe, verso a verso	166
Análisis de las Escenas	172
<i>Primera escena: "Habitaciones"</i>	174
Conclusiones parciales de la primera escena	188
<i>Segunda escena: "Cortafuegos"</i>	190
Conclusiones parciales de la segunda escena	203
<i>Tercera escena: "La venta"</i>	205
Conclusiones parciales de la tercera escena	220
<i>Cuarta escena: "Media de clona"</i>	222
Conclusiones parciales de la cuarta escena	235

<i>Quinta escena: "Poliamor"</i>	237
Conclusiones parciales de la quinta escena	251
<i>Sexta escena: "El rapto"</i>	253
Conclusiones parciales de la sexta escena	265
<i>Séptima escena: "Guiones guiados"</i>	267
Conclusiones parciales de la séptima escena	275
<i>Octava escena: "Figuras retóricas"</i>	278
Conclusiones parciales de la octava escena	294
CONCLUSIONES FINALES	297
BIBLIOGRAFÍA	305
REFERENCIAS DE IMÁGENES	315
TABLA DE CONTENIDOS	316

RESUMEN

La presente tesis doctoral nace de la necesidad de pensar otras formas de ejercer la clínica con pacientes pediátricos ingresados en psiquiatría. Durante las últimas décadas, se advirtió un significativo incremento en la prescripción de psicofármacos y una reducción alarmante en los tiempos de las consultas psicológicas. En España, desde la crisis del año 2008, los hospitales públicos han sufrido recortes estructurales por parte del gobierno central y autonómico para la dotación de recursos humanos e institucionales. La sobrecarga laboral de los profesionales, unida a un incremento en la demanda de los servicios, estimulan el ejercicio de una clínica basada en la urgencia de la remisión sintomática y no en el abordaje de los pacientes como sujetos-parlantes. Los pacientes de psiquiatría acaban por recibir tratamientos farmacológicos que no interpelan las lógicas del malestar; sino que anestesian el sufrimiento. Si bien, la psiquiatría actual intenta abandonar los dispositivos disciplinarios descritos por Michael Foucault; termina por abrazar nuevos dispositivos que ejercen un *borramiento* de la subjetividad. En los primeros, el control se ejercía desde la coerción; en los segundos, el control ostenta un semblante amigable, pero se convierte en enajenante. Así, la píldora reemplaza a la camisa de fuerza y se arriba a una violencia velada a la que no se le interpone resistencia.

En este contexto, es fundamental plantear otros escenarios hospitalarios alejados de la industria farmacológica y de la burocracia del sistema sanitario, para un ejercicio más humano de la clínica. Con la intención de introducir una tecnología que aloje la palabra del sujeto-corporal, se diseñó un dispositivo capaz de facilitar la narrativa de los textos de los pacientes y de contemplar la corporalidad como espacio de escritura subjetiva y colectiva. Para poder crear una pausa a las inercias hospitalarias, se construyó un dispositivo de teatro dentro del ingreso a psiquiatría en un hospital público y pediátrico de la Comunidad de Madrid. El teatro ofrecía, como característica principal, la posibilidad de que los participantes pudieran decir lo que quisiesen y nada sería vetado. Podían expresar cualquier idea sin que las mismas se expusieran al tamiz de la censura. Este dispositivo permitió vencer las barreras del sistema médico e implantar una clínica disidente frente a los protocolos del hospital. De esta manera, el dispositivo de teatro que se propuso fue pensado para ser implementado en un *microespacio temporal* y su instrumentalización en la clínica no fue concebido como universalista. En esta investigación, se considera al teatro como una *tecnología del yo*

capaz de ofrecer un andamiaje para la construcción discursiva de la subjetividad. La forma de entender la tecnología teatral, como estructura estructurante, fue nombrada *tramoya*; la manera de ejercer la clínica, desde la concepción del sujeto corporal, psíquico, socio-cultural y político, fue llamada *transclínica*.

En la investigación se trabajó con una población de niños y adolescentes entre 8 y 18 años con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (TCA), anorexia y bulimia. Los participantes se encontraban ingresados en el servicio de psiquiatría de un hospital público de la Comunidad de Madrid. Durante el período 2014 y 2018, años en los que se realizó el trabajo de campo, asistieron 236 participantes y se impartieron 160 sesiones de teatro. Todos los participantes del espacio habían sido previamente derivados por su psiquiatra tratante. Como metodología de investigación, se utilizó el método etnográfico; como unidad de análisis, se construyó *la escena*. Debe ser entendida la escena como la unidad básica a la que se arribó para el estudio cualitativo de los datos; ya que conforma un constructo artificial que posibilitó aislar las variables intervinientes en la implementación del *dispositivo transclínico de la tramoya*. Para el análisis de los datos, se seleccionaron aleatoriamente ocho escenas sucedidas en el trabajo de campo. El análisis se realizó desde una mirada interdisciplinar, cuya aproximación consistió en un análisis semiológico del texto y en la interpretación de la participación activa de los cuerpos. De esta manera, no se analizó solo la hermenéutica del texto y de sus autorías; sino, también, los gestos y las expresiones corporales de los autores. Las escenas revelaron los efectos de incorporar el dispositivo de la *tramoya* en la construcción discursiva de los pacientes ingresados en psiquiatría. Al crear espacios donde la palabra del paciente pudiera circular sin censura, se estableció un corte transversal en el continuum del tratamiento psiquiátrico. Durante las sesiones de teatro se observó que los pacientes adquirirían mayor ductilidad en la expresión verbal y mayor movilidad de sus cuerpos. La implementación de la metáfora teatral favoreció la construcción de textos para ser pronunciados por las voces de los pacientes desde el rol del personaje. Este juego dialéctico posibilitó plantear nuevas vías creativas y colectivas para alojar el malestar.

ABSTRACT

The following doctoral thesis aims the need to find different ways to practice the clinic with pediatric patients admitted to psychiatry. In the last decades, psychotropic prescription increased significantly, and psychological consultations times decreased alarmingly. Since the 2008 crisis, public hospitals have suffered structural cuts by the central and regional Spanish governments. Professionals' work overload, in conjunction with higher demand for services, stimulates the practice of a clinic based on the urgency of symptomatic remission rather than on the patients' approach as speaking-subjects. Hence, psychiatry patients receive pharmacological treatments that, instead of questioning the logic of the ailment, anesthetize the suffering. Although current psychiatry tries to abandon the disciplinary devices determined by Michael Foucault, it ends up embracing new mechanisms that exert a blurring of subjectivity. In the previous ones, coercion exercised the control; in the seconds shows a friendly face, but it becomes alienating. Thus, the pill replaces the straitjacket and leads to veiled violence, where there is no resistance.

In this context, more humane practice of the clinic needs to propose hospital settings far from the pharmacological industry and the health system bureaucracy. An artifact was designed to introduce a technology that accommodates the word of the subject-body. It facilitates the narrative of the patients' texts and of contemplates corporality as a space for subjective and collective writing. A theater device was built within the entrance to psychiatry in a public and pediatric hospital in the Community of Madrid to create a pause to hospital inertias. As a central feature, the theater offered the possibility that the participants could express any idea without any objection. This device controls the barriers of the medical system and implements a dissident clinic against hospital protocols. Thus, the proposed theater device intended to be implemented in a micro-space-time and not conceived as universalist when used in the clinic. In this investigation, the theater offers a technology of the self-capable of providing scaffolding for the discursive construction of subjectivity. The way of understanding theatrical technology, as a structuring structure, was named *tramoya*. The style of exercising the clinic, from the conception of the subject-body, psychic, socio-cultural, and political, was called *transclinical*.

This research encompasses a population of children and adolescents between 8 and 18 years old with an eating disorder (TCA), anorexia, and bulimia diagnosis.

Participants were admitted to the psychiatry service of a public hospital in the Community of Madrid. Fieldwork carried out between 2014 and 2018 led to the 236 participants attending, and 160 theater sessions taught. Their treating psychiatrist has previously referred all participants in the space. The ethnographic method was the research methodology, and the scene was constructed as a unit of analysis. The scene understood as the basic unit for the qualitative study of the data due to its artificial construct that made it possible to isolate the variables involved in the implementation of the *transclinical* device of the *tramoya*.

For data analysis, eight scenes that occurred in the fieldwork were randomly selected. The analysis was performed from an interdisciplinary perspective, whose approach consisted of a semiological analysis of the text and the interpretation of the active participation of the bodies. Thereby not only the hermeneutic of the text and its authorships were analyzed but also authors' gestures and body expressions. The scenes revealed the effects of incorporating the *tramoya* device into the discursive construction of patients admitted to psychiatry. By creating spaces where the patient's word could circulate uncensored, a cross-section was established in the continuum of psychiatric treatment. During theater sessions, it was observed that patients acquired higher ductility in verbal expression and greater mobility of their bodies. Theatrical metaphor implementation favored the construction of texts pronounced by the patient voices from the character's role. This dialectical game made it possible to propose new creative and collective ways to accommodate the discomfort.

PREFACIO

8940 horas hospitalarias de formación dentro del Programa de Residencia en Psicología Clínica impulsaron la existencia de esta tesis. El recuerdo de los pacientes bajo puertas con llave, con pijamas gastados, con cámaras de seguridad, con contención química y física, con llantos y angustia, sin espejos en los baños por miedo a autolesiones o miedo a que la propia imagen autolesione. Cuántas veces los pacientes que se atienden en los hospitales no encuentran más recursos que silenciar su cuerpo, dejan de alimentar la carne al punto de desaparecer. Esa escena repetida mil veces me obligó a investigar en fuentes que nutran mi quehacer clínico de un mayor humanismo. En esa búsqueda encontré que el arte dramático permite narrar con el cuerpo, decir, gritar, sacar de ese silencio paciente a los pacientes, prestarle al personaje las manos y la cadera, la voz. El teatro aborda el mundo de la representación, la comunicación, la expresión y la acción, pues amplía la experiencia fantástica en quienes lo practican. A través del juego de roles, la construcción de personajes y la expresión corporal se generan “espacios acolchonados” donde es posible aprehender la vida. Así, el ejercicio teatral posibilita el trabajo de los sentimientos y de las emociones de manera que la persona es capaz de revivirlos en un contexto protegido y seguro. El teatro es más que el texto, es la relación de la trama con el cuerpo y el mundo interno. Considero que los talleres de teatro dentro de un dispositivo de ingreso en psiquiatría facilitan otras posiciones corporales que, a su vez, permiten nuevas narrativas subjetivas. Por ello, en esta tesis se postula que la catarsis libera posiblemente el dolor de no poder decir, de no poder hacer, de no poder ser.

Descubrí que “hacer un doctorado” es adscribirse a un dispositivo que imprime textualidad. A este dispositivo, le agradezco el significante “doctoranda” que durante algunos años me permitió definirme en gerundio y habitar el aprendizaje. Agradezco a los pacientes activos; a los sanitarios que permitieron; a Eva Maestre Casas que hizo posible cada sesión; a María Fernández de Ullivarri que facilitó la entrega y a mi director de tesis, Eduardo Pérez-Rasilla, quien confió en el proyecto y se atrevió a dirigirlo.

María Cecilia Márquez Fernández de Ullivarri

Madrid, 22 de junio de 2020

INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral es el resultado de una reflexión teórica sobre el abordaje práctico desarrollado en un hospital público de Madrid. La complejidad de la propuesta se construyó a partir de un proceso profundo de maduración y reflexión, con el objetivo de enriquecer el ejercicio de la clínica psiquiátrica mediante los aportes de las disciplinas humanísticas. Esta mixtura surge de la necesidad de crear espacios de pensamiento y praxis, que interpelen las inercias institucionales y culturales en el ejercicio de la clínica. Pero, ¿qué se entiende por clínica en esta investigación? Clínica, etimológicamente, proviene del sustantivo griego *κλίνη* que significa: *cama, lecho, féretro*. Este significado inicial (no único) encierra un paradigma extendido en la medicina donde el enfermo es concebido como un ente frágil que debe yacer en su cama durante todo el curso del tratamiento. Michael Foucault en su libro, *El nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica*,¹ fija el momento histórico de la invención de la clínica en la Europa del siglo XVIII, cuando los enfermos comenzaron a residir en los hospitales y los médicos dejaron de ejercer su oficio como arte privado para convertir la disciplina médica en un bien público. La nueva arquitectura hospitalaria permitió al médico la observación constante del paciente y la creación de registros detallados para favorecer su evolución. De esta manera, el enfermo sufrió una transformación en su posición frente al médico y empezó a ejercer su rol de paciente.

El relevamiento histórico de los términos nos permite comprender el viraje del enfermo a la pasividad. Es posible vislumbrar desde esta lectura, como el par paciente-pasivo fue el primer desafío del proyecto de investigación. Los psiquiatras del hospital público, donde se trabajó, no permitían a los pacientes moverse por temor a que perdieran peso. Esa restricción de la movilidad no era cuestionada por los padres de los pacientes y no era batallada por los agentes que intervenían en el ingreso, quizás porque en el acervo social los enfermos deben guardar reposo. Así, la clínica psiquiátrica, tal y como era concebida por el hospital, debía abandonar esas prenociones teóricas para poder abrazar nuevos paradigmas que permitiesen ver al paciente como un sujeto-deseante.

¹ Michael Foucault, *El nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica*, Trad. Francisca Perujo (Distrito Federal: Siglo XXI Editores, 1966).

El movimiento de incorporar otras disciplinas al tratamiento psiquiátrico desató interrogantes en torno a la epistemología clínica para el abordaje de: las enfermedades, los enfermos, el vínculo terapéutico y los paradigmas médicos. Es necesario adelantar al lector, que los resultados de la tesis forman parte de una investigación que no pretende alcanzar una única y universal forma de ejercer la psiquiatría; sino proponer una clínica que contemple un *microespacio temporal*, para alojar líneas de pensamiento en relación a los agentes sociales, la terapéutica y la época. Esa estructura estructurante de la clínica, recibe el nombre de *transclínica*. De este modo, la *transclínica* es una construcción dialéctica que sobrepasa las paredes de un hospital psiquiátrico. Es necesario aclarar que la *transclínica* no es una clínica universalista que ofrezca modos únicos de intervenir con los pacientes; sino, que por el contrario, la *transclínica* se basa en el concepto del *microespacio temporal* y en la necesidad de conocer la población tratada para poder tener en cuenta: su cultura, su organización política, su dinámica económica o los vínculos de poder y de autoridad. La *transclínica* es, entonces, la posibilidad de pensar al paciente como un sujeto corporal, psíquico, sociocultural, económico y político.

En el año 2013, la autora de la investigación realizó una estancia de tres meses en el ingreso pediátrico en psiquiatría de un hospital público de Madrid. La permanencia en la institución reveló que los pacientes pediátricos ingresados en psiquiatría por presentar diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria evidenciaban dificultad para mover sus cuerpos; cuerpos débiles y vulnerados por la enfermedad. La estancia permitió comprender que era imprescindible un cambio en el abordaje clínico para sacar del letargo a los pacientes y concebirllos como sujetos-parlantes.² Para ello se presentó un proyecto de implementación de arte dramático en un hospital público de la Comunidad de Madrid y, durante los años 2014-2018, se ofreció de manera gratuita un espacio de talleres de arte dramático para pacientes pediátricos ingresados en psiquiatría por presentar trastorno de la conducta alimentaria. Los talleres se realizaban una vez a la semana durante una hora, su fin no era alcanzar una pureza estética, sino favorecer la conformación de narrativas subjetivas y fomentar la catarsis aristotélica. Por esta razón, la aceptación de un programa de teatro dentro del tratamiento, inauguraba un cambio de concepción frente a los pacientes, quienes ya no iban al teatro para que se les entretuviera, sino que eran ellos quienes proponían sus

² Beatriz Preciado, *Manifiesto contra-sexual*, (Madrid: Ed. Opera Prima, 2002), 19.

propios textos y prestaban sus cuerpos a la escena. Esto fue posible porque el arte dramático es un género literario que tiene como soportes al texto y al cuerpo. El texto contornea el movimiento corporal. Obliga al cuerpo a la acción y, a su vez, la organiza. Ésta no es una acción cualquiera, es una acción representada por un actor (paciente) que ofrece su cuerpo para hacer algo único, efímero e irrepetible pero que a la vez se sujeta en una narrativa que persiste. Así, el abordaje del arte dramático que plantea la investigación no es el drama del género literario; sino un teatro que se dirige hacia la construcción subjetiva del paciente. El teatro facilitó el trabajo con los pacientes desde otras dimensiones y paradigmas, al comprender que la salud mental se construye en lo micro y en cada momento. La salud no es una gran demostración de la cura, sino un “*punctum*”³ que cautiva y punza; “*un agujerito*”⁴ que agrieta la hegemonía del discurso científico-técnico ejercido dentro de la programación psiquiátrica de un hospital. No es algo planeado por el *establishment*; sino que es un encuentro azaroso ubicado en los bordes conquistados, no cedidos, del discurso médico. Así, el espacio ocupado por el arte dramático en el ingreso a psiquiatría no correspondía a los “huecos vacíos” del tratamiento, sino a una lucha por un lugar y un horario dentro de la agenda hospitalaria.

Para poder ofrecer una lectura clara del proceso de investigación se ha dividido la tesis doctoral en cuatro partes:

En el primer apartado, Parte I, se realiza el planteamiento del problema de investigación, el cual emerge de la coyuntura política, económica y social, que incide directa o indirectamente en los modos de intervenir en la clínica. Para ello, se efectuó un relevamiento del contexto hospitalario en el cual aprenden los futuros profesionales de la sanidad; contexto que evidencia dificultad para introducir espacios de reflexión y crítica sobre los dispositivos clínicos implementados. La urgencia de las consultas, la sobrecarga de tareas y la escasez de recursos humanos obligan a establecer una clínica rápida sin tiempos para la escucha. El tránsito profesional por instituciones psiquiátricas desveló la necesidad de proponer una pausa subjetiva a la respuesta inmediata de los tratamientos farmacológicos y la homogenización de las propuestas cognitivos-conductuales. Por este motivo, desde la necesidad de retomar la palabra y el cuerpo se propuso la creación de un espacio de teatro dentro del tratamiento

³ Roland Barthes, *La cámara lúcida: nota sobre fotografía*, (Barcelona: ed. Paidós, 1990), 65.

⁴ Barthes, *La cámara lúcida*, 65.

psiquiátrico para pacientes pediátricos ingresados por trastorno de la conducta alimentaria. Este modo de comprender a los pacientes como sujetos-parlantes, permitirá un marco interdisciplinar para el desarrollo de la investigación. En este apartado, también, se presentan los objetivos generales y específicos que persigue la investigación y los lineamientos éticos y legales para el trabajo con seres humanos.

Con el objetivo de ofrecer un marco teórico que facilite la construcción discursiva de la tesis, en la Parte II, se exponen los conceptos disciplinares que guían los hallazgos en la investigación. Esta sección se encuentra dividida en tres capítulos: el *Estado del Arte*, el *Capítulo 1* y el *Capítulo 2*. En el *Estado del Arte*, se realiza un relevamiento por investigaciones que hayan utilizado el teatro dentro de tratamientos psiquiátricos con pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. La búsqueda exhaustiva de investigaciones, que versen sobre la implementación de talleres de teatro en población con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, reveló la escasa producción científica sobre el tema. Llama la atención esta situación, ya que la introducción de teatro dentro de los tratamientos psiquiátricos suele ser una práctica frecuente. La lectura que se desprende de la falta de material académico es que el teatro se suele establecer como una práctica recreativa y lúdica que no logra ser adaptada dentro de los protocolos científicos cuantitativos.

El nombre asignado al *Capítulo 1*, *La invención de la transclínica*, se corresponde al título de la tesis doctoral. La *transclínica* es la propuesta teórica desde donde se piensan todas las intervenciones de esta investigación. El prefijo *trans* hace referencia a la transversalidad de disciplinas que permiten un abordaje corporal, psíquico, sociocultural, económico y político del sujeto en un determinado contexto temporo-espacial. La investigadora se permite utilizar conceptos procedentes de diversas áreas del conocimiento para conformar un paradigma propio. De esta manera, la clínica desempeñada en esta tesis es una *transclínica*.

El último capítulo de este apartado se titula *El teatro como tecnología disidente*. En esta sección se exponen las virtudes que ostenta el teatro para ser construido como un dispositivo capaz de intervenir de forma simbólica y singular dentro del ingreso a psiquiatría. El tratamiento que recibe el arte dramático en esta investigación no se basa en una concepción esencialista de la disciplina teatral; sino, más bien, se piensa al arte dramático como una disciplina que debe ser organizada para poder alcanzar los objetivos propuestos por la *transclínica*. El teatro, en esta investigación, es tecnología disidente gracias a la dialéctica de la deconstrucción.

En la Parte III, se expone la metodología empleada para la realización de esta tesis doctoral. La complejidad del diseño radicó en la multiplicidad de disciplinas presentes en el estudio: el teatro, la psicología, la antropología, la sociología y la filosofía. Al ser un diseño cualitativo se supeditó a los criterios de observación planteados al inicio del trabajo doctoral. Por este motivo, el diseño de investigación, por el que se optó, fue de tipo descriptivo y etnográfico de intervención en el campo. La etnografía permite al observador hacer uso de una mirada interna y de una mirada alterna, ambas movidas por el amor al conocimiento. Así, el método etnográfico permitió a la investigadora transcender su propia experiencia, ser turista en su profesión y empezar a ver con ojos ajenos la acción estandarizada por los profesionales de la salud mental. La unidad de análisis, que se propuso para poder abordar la diversidad de temáticas, fue la escena. La escena correspondía a la unidad mínima de intervención y se dividió en tres fases: caldeamiento, construcción del guion y representación propiamente dicha. Se trabajó con un muestreo no probabilístico.

La PARTE IV de esta investigación corresponde al *Análisis de los Datos*. En este apartado se exponen las observaciones realizadas en el campo durante los años 2013- 2018. El trabajo etnográfico permitió, por una parte, hacer una lectura fenomenológica de los hechos y, por otra parte, realizar inferencias sobre los acontecimientos artísticos, clínicos, sociales y políticos sucedidos durante la intervención con teatro. Para lograr un análisis específico de las sesiones, se seleccionaron ocho escenas sucedidas entre marzo de 2014 y enero de 2018. La metodología que se implementó corresponde a la semiología teatral y a la etnografía de la comunicación, por lo que se tuvo en cuenta la textualidad de los participantes, la gestualidad en las representaciones, los tiempos de reacción, la espontaneidad en la respuesta, etc. Es de destacar que el análisis de los datos, en un primer momento estuvo ligado a la vinculación del material dramático con la historia clínica de los pacientes; pero, luego, logró conformar construcciones artísticas colectivas.

El último apartado de esta tesis doctoral está destinado a las CONCLUSIONES, en él se reflejan los resultados obtenidos en el proceso de investigación. Es del agrado de la investigadora poder expresar que los postulados planteados en la hipótesis inicial fueron confirmados. La implementación del dispositivo transclínico de la tramoya favoreció la construcción del sujeto-parlante

dentro del tratamiento psiquiátrico. Asimismo, se observó como beneficio adyacente la consolidación de espacios de escucha a los malestares de los pacientes por parte de los agentes sanitarios. El dispositivo de la *tramoya* operó como marco válido para los objetivos *transclínicos*.

PARTE I

Justificación del Problema de Investigación

Para poder plantear el problema de investigación es necesario descifrar en el entramado histórico las razones éticas que promovieron la creación de un proyecto de arte dramático dentro de un dispositivo de ingreso en psiquiatría. En un principio solo se había contemplado la dimensión clínica del proyecto y el objetivo principal consistía en advertir los posibles beneficios terapéuticos propiciados a los pacientes.⁵ Sin embargo, al realizar el trabajo de campo se detectaron otras variables que afectan al ejercicio de la clínica y que están relacionadas con el orden económico, sociocultural y político. El entrelazamiento de estas dimensiones es un debate candente dentro de la agenda pública europea. Por ello, el planteamiento del problema de investigación de esta tesis requiere una deconstrucción derridiana no solo de la clínica, como objeto de estudio, sino también de la modalidad económica, social y política con la que se ejerce, aprende, organiza y profesionaliza la psiquiatría y la psicología clínica.

La inquietud por comprender las lógicas de los sistemas sanitarios obligaron a reflexionar sobre la organización de los hospitales en la actualidad. El paso por *instituciones totales*⁶ deja huellas no solo en el colectivo asignado como “pacientes de psiquiatría”, sino también en el colectivo asignado como “agentes de salud mental”. Quién conozca una institución sanitaria por dentro descubre que el sistema de formación de especialistas ejerce un “borramiento” sistematizado de la subjetividad de los profesionales. El médico y todo aquel agente de salud que realice una residencia debe incorporarse al sistema sanitario recién acabada la carrera, para ello solo se le pide que “resida como interno” dentro de un hospital durante cuatro años.⁷ Esta práctica extendida por todo occidente conlleva la incorporación del aprendiz a un

⁵ En esta tesis doctoral se optó por no utilizar el lenguaje inclusivo por motivos de acción política ya que, en el imaginario social e incluso en la literatura médica, la anorexia y la bulimia están relacionadas directamente a los cuerpos de las mujeres. La utilización del masculino como genérico permite la despatologización de los cuerpos femeninos en el entramado biopolítico de la clínica.

⁶ Erving Goffman, *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001).

⁷ En España, recién en el año 2006 se plantea una regulación específica para delimitar las horas laborales de un médico interno residente (MIR). Antes del Real Decreto 1146/2006, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Hasta entonces los médicos recién graduados estaban sometidos a jornadas laborales extenuantes.

sistema estructurado en jerarquías y con una carga horaria elevada que solo le permite cubrir sus propias necesidades básicas (comer, dormir, lavarse los dientes o ducharse). El sistema se replica elípticamente cada año cuando ingresa la nueva cohorte de residentes. El elemento disciplinario se transmite como dispositivo a lo largo de la formación y a medida que se escala en nuevas posiciones (R2, R3, etc.) se deposita en forma de cascada aquel trabajo abyecto que el superior ya no quiere realizar.⁸ Exponer el sistema con el que aprenden los nuevos agentes sanitarios revela la imperiosa necesidad de repensar la posición profesional. Mirar y aceptar al Otro en toda su singularidad es difícil y, en ocasiones, genera incomodidad. En una inercia por atender a “signos objetivados de malestar”, se recae fácilmente en una praxis acelerada que no tiene tiempo para el encuentro con el paciente porque tampoco deja espacio para la reflexión científica-ética. Así, si el paciente no puede dormir (y el interno de guardia tampoco), se le concede una píldora de benzodiacepina; si siente angustia, se le dará un recaptador de serotonina; si está eufórico, se probará con litio o carbamazepina y, de esta manera, la oferta es tan grande como la demanda. En palabras de Beatriz Preciado:⁹

A principios del nuevo milenio, cuatro millones de niños son tratados con Ritalina por hiperactividad y por el llamado Síndrome de Déficit de Atención, y más de dos millones consumen psicotrópicos destinados a controlar la depresión infantil.

Estamos frente a un nuevo capitalismo caliente, psicotrópico y punk. Estas transformaciones recientes apuntan hacia la articulación de un conjunto de nuevos dispositivos microprostéticos de control de la subjetividad con nuevas plataformas técnicas biomoleculares y mediáticas.¹⁰

La clínica hoy ha derivado en un mercado psicofarmacológico que pretende aliviar los síntomas y eliminar el malestar. Se ha arrinconado al *ser* dentro de la cartera de prioridades sanitarias y el paciente de psiquiatría comienza un camino hacia

⁸ J.C. Fernández Sánchez; J.M. Pérez Mármol y M.I. Peralta Ramírez, “Influencia de Factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de Burnout en el personal sanitarios de cuidados paliativos del sistema sanitario de Navarra”, *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 40, n° 3 (2017): 421-431

⁹ Se utiliza el nombre de Beatriz Preciado porque es el que corresponde a las publicaciones de 2002 y 2008, en sucesivas referencias puede hacerse mención a Paul B. Preciado. Ambas acepciones corresponden a la misma autoría.

¹⁰ Beatriz Preciado, *Testo yonqui*, (Madrid: Ed. Espesa Calpe, 2008), 31.

una eutimia¹¹ farmacológica que nada tiene que ver con una construcción subjetiva. En los tratamientos actuales sobra el sujeto- parlante no hay lugar para la palabra y no hay tiempo para la escucha.

Como se adelantó, es imposible pensar la clínica sin lo social, lo político y lo económico. Si bien, los hospitales públicos han cambiado significativamente en el siglo XXI continúan los interrogantes sobre la función social que cumplen. La crisis económica que golpea a España desde el año 2008 hace tambalear uno de los sistemas sanitarios más eficaces de Europa. Los hospitales públicos españoles están desbordados de pacientes a pesar de las medidas restrictivas aplicadas en el año 2012 por el gobierno, donde se suspende la prestación sanitaria a personas que no residan legalmente en el país.¹² En algunos hospitales concertados con la Comunidad de Madrid se aplica un incentivo para que los psicólogos clínicos den altas en la primera entrevista.¹³ Los recortes en sanidad realizados por el gobierno central en la última década acumularon enfermos en los pasillos y generaron un sistema de puertas giratorias donde la palabra ha sido condenada al exilio por ser poco rentable, no por ser poco eficaz. Con una necesidad imperiosa de recuperar la palabra en la clínica surge esta tesis doctoral. En este contexto la apuesta por un espacio de teatro dentro de un Hospital Público de la Comunidad de Madrid, solo fue posible porque profesionales de la sanidad dimensionaron la necesidad de volver a lo simbólico en el accionar de la clínica y se atrevieron a articular tecnologías que fomenten la construcción de narrativas subjetivas dentro de lo colectivo. En esta línea se postula que la intervención con arte dramático en el ingreso en psiquiatría puede llegar a considerarse una *tecnología del yo*¹⁴ que facilite al paciente la expresión de su singularidad en un espacio que insiste por arrinconar lo subjetivo en pos de alcanzar la normalidad o, dicho de otra manera, la homogenización de la población.

¹¹ Término de la semiología psiquiátrica para referir a una persona con un estado de ánimo estable.

¹² Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

¹³ Este dato es aportado por un psicólogo clínico del Hospital Universitario de Móstoles en la “XXXII Reunión Nacional de la AEP: el Psicodrama y las Ítacas” en Palma de Mallorca del 20 al 22 de octubre de 2017.

¹⁴ Michael Foucault, *Tecnologías del yo y otros textos afines*, Trad. de Mercedes Allendesalazar (Barcelona: Paidós, 1990).

Planteamiento del Problema de Investigación

El planteamiento del problema de esta tesis doctoral tiene dos momentos. El primero afloró cuando se confeccionó el proyecto de intervención mediante talleres de teatro en un hospital público de la Comunidad de Madrid,

¿La intervención con teatro dentro de un ingreso en psiquiatría puede considerarse una tecnología capaz de favorecer la construcción de narrativas subjetivas en pacientes pediátricos? ¿En qué se fundamenta esta tecnología? ¿Evidencia impacto al ser aplicada a pacientes en tratamiento psiquiátrico?

El segundo momento del planteamiento del problema surge cuando la intervención con teatro revela la necesidad de pensar un nuevo paradigma,

La intervención con teatro dentro del ingreso en psiquiatría pensada como una tecnología ¿puede dar luz a una nueva y necesaria forma de hacer clínica?

Objetivos

Generales

- Observar si la implementación del teatro dentro del tratamiento de ingreso en psiquiatría favorece la organización de narrativas subjetivas en los participantes que permitan la apropiación del malestar.
- Detectar y analizar si la intervención con teatro puede abrir un espacio para el pensamiento de una clínica desarrollada en un *microespacio temporal* que responda a las necesidades del sujeto y de la época.

Específicos

- Realizar un análisis del contenido de los guiones que los participantes de los talleres de teatro desarrollaron durante el período de octubre de 2014 a julio de 2018.
- Intervenir durante el trabajo de campo desde una posición ética que concibe a los pacientes como cuerpos-sujetos-parlantes.
- Facilitar las relaciones intrapersonales de los pacientes para la construcción de un ideario colectivo que permita alojar el malestar.
- Generar nuevas categorías teóricas-prácticas que habiliten la problematización de la clínica con el fin de generar nuevos espacios de diálogo donde la subjetividad de los pacientes sea contemplada.

Consideraciones éticas y legales

Este trabajo se supedita a las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos” planteadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en el 2016 y la Declaración de Helsinki adaptación 2008, a fin de conservar el marco legal que respalda a los sujetos humanos en una investigación. Todos los datos de los participantes se encuentran protegidos bajo el cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal de España y la ley de Protección de Datos y la Ley GDPR del Parlamento Europeo de 27 de abril de 2016. Para velar por la confidencialidad y el anonimato de los participantes y las participantes del espacio de arte dramático no se especifica el hospital donde se desarrolló el trabajo de campo. La delimitación que se propone es que el trabajo se realizó en un hospital infantil público de la Comunidad de Madrid.

En cuanto a las competencias específicas para el ejercicio de la actividad la investigadora, María Cecilia Márquez Fernández de Ullivarri, es Psicóloga Clínica por el Hospital Italiano de Buenos Aires con número de colegiada en Madrid M-27646. Durante la actividad, la investigadora, se encontró al corriente del pago del seguro de responsabilidad civil correspondiente para el ejercicio de la profesión y en posesión del Certificado de Delitos de Naturaleza Sexual.

Es por lo antes mencionado que los datos obtenidos en la investigación han sido trabajados con absoluto respeto y confidencialidad.

Conflicto de interés

Esta tesis doctoral ha sido íntegramente financiada por la autora y para su realización no se contó con becas o subvenciones otorgadas por la Industria Farmacéutica ni por la Sanidad Pública. Su labor realizada con la Asociación Creeando fue en carácter honorífico y no se percibió ningún beneficio económico durante la duración del proyecto. Las matrículas de los curso y congresos, los recursos invertidos en el trabajo de campo y la estancia internacional en la ciudad de Salta han sido aportados por la investigadora. Los libros utilizados fueron proporcionados por el fondo documental de la Universidad Carlos III de Madrid y el archivo teatral de la Fundación Juan March.

De esta manera, no existen conflictos de interés que pudieran condicionar los resultados obtenidos.

PARTE II

Estado del arte

Se advierte cierta dificultad para encontrar bibliografía específica sobre el trabajo teatral con pacientes que presentan diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. No porque el teatro no se incorpore en los programas terapéuticos; sino porque la metodología empleada para la creación del material teórico es, en su mayoría, descriptiva. Al ser el arte dramático una disciplina con dificultades para la medición cuantitativa de los datos, en los trabajos académicos prevalece el carácter lúdico de la propuesta. Así, aunque las instituciones promuevan los talleres artísticos en los tratamientos psiquiátricos, estos no suelen recibir un estatuto de intervención clínica y el espacio dramático acaba siendo llevado por profesionales comprometidos quienes, generalmente, no perciben remuneración por la actividad. En esta línea, el ejercicio del teatro, dentro de la agenda hospitalaria, termina en una práctica altruista sin dotación de recursos.

Sin embargo, se pudieron encontrar algunas propuestas académicas sobre el abordaje con teatro en psiquiatría. Un estudio polaco del año 2012 realizado por Bernadetta Izydorczyk.¹⁵ En él se transcriben las observaciones realizadas a un grupo de pacientes con diagnóstico de bulimia y anorexia. El objetivo principal es retomar la teoría psicodramática de Moreno y realizar una traducción a la psicoterapia psicodinámica con pacientes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria. Izydorczyk considera que la acción dramática facilita la propia creatividad, la espontaneidad y la ubicación temporal en el "aquí y ahora", lo que potencia los efectos terapéuticos esperados. Jugar en el escenario brinda la posibilidad de externalizar ciertos aspectos patológicos de la imagen corporal (apercepción, pensamientos y sentimientos), como así también facilita la capacidad de profundizar en el mundo interno. Por ello, la investigadora considera que estas técnicas alternativas permiten una comunicación más fluida (diálogo terapéutico). Asimismo, advirtió en su observación que la incorporación de elementos teatrales a la escena terapéutica

¹⁵ Bernadetta Izydorczyk, "Adaptation of psychodrama in psychotherapy of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa" *Psychiatria Polska* 2, Tom XLV (2011): 261–275. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21714214/>

favorece la generación de habilidades cognitivas y de desarrollo emocional, que se puede traducir como mejor habilidad para mantener relaciones inter e intrapersonales.

Otro estudio, que explora los efectos del teatro sobre población infanto-juvenil, fue realizado en Turquía por dos psiquiatras Karataş y Gökçakan.¹⁶ En él se es incluyeron a 23 estudiantes de la Escuela Secundaria de Nezihe Yalvac Anatolian. Once de los participantes, 6 mujeres y 5 hombres, constituyeron el grupo experimental y doce participantes, 6 hombres y 6 mujeres, fueron el grupo-control. El objetivo fue medir si la agresión presentada por los participantes disminuía al incorporarse a talleres de teatro y psicodrama. Para ello, se administró una prueba, una *escala de agresión*, a ambos grupos antes y después del tratamiento. El grupo experimental participó 14 semanas en la terapia de psicodrama grupal durante 90 minutos semanales; mientras que, el grupo control permaneció el mismo tiempo sin recibir tratamiento. La investigación concluyó con la confirmación de la hipótesis inicial, de que el tratamiento con psicodrama y teatro disminuye los niveles de agresividad de los participantes. Lo importante de este estudio es que considera al psicodrama y al teatro como herramientas útiles para ser implementadas como tecnologías capaces de producir una disminución en la agresión y una modificación en el comportamiento.

El estado del arte en España

Si bien, en la mayoría de los hospitales y centros españoles especializados en trastorno de la conducta alimentaria se promueve la implementación del arte dramático dentro de los dispositivos terapéuticos, son escasos los trabajos académicos que reflejan los efectos del teatro en los pacientes.

Puede citarse la tesis doctoral de Beatriz Martínez Martín: *Diseño, implementación y evaluación de talleres artísticos en el ámbito de la salud para pacientes adultos en la Unidad de día de Trastorno de Conducta Alimentaria*.¹⁷ Esta tesis propone la intervención a través de las artes en los dispositivos psiquiátricos del Centro Coronel de Palma en Móstoles, Madrid, España. El trabajo de Martínez Martín

¹⁶ Zeynep Karataş y Zafer Gökçakan, “The Effect of Group-Based Psychodrama Therapy on Decreasing the Level of Aggression in Adolescents”, *Turkish Journal of Psychiatry* 6 (2009): 1-9. <http://www.turkpsikiyatri.com/pdf/c20s4/en/06.pdf>

¹⁷ Beatriz Martínez Martín, “Diseño, implementación y evaluación de talleres artísticos en el ámbito de la salud para pacientes adultos en la Unidad de día de Trastorno de Conducta Alimentaria” (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2018), <https://eprints.ucm.es/49665/1/t40422.pdf>

fue un trabajo voluntaria por el cual no percibió remuneración. El objetivo principal de su investigación fue diseñar e implementar talleres artísticos durante el tiempo de inactividad de los pacientes, con el objetivo de reducir la ansiedad y estimular la confianza en sí mismos y conexión con el mundo exterior. Si bien, la investigación es de carácter teórico, su apuesta es predominantemente práctica. Lo que la autora pretendía con los programas de talleres artísticos y educación artística con pacientes en el centro de UTCA, era que los pacientes mejoren su vida cotidiana. Los resultados se midieron cuantitativamente: cuestionarios diarios, test mensual y colores sensibles, y artística y cualitativamente: observación participante, deconstrucción, práctica interpretativa y entrevista. En ellos, se advirtió una disminución de la ansiedad y un incremento de la auto-confianza. Sin embargo, su investigación no es concluyente ya que refiere que algunos pacientes presentaron un cuadro de excitación y manifestaron niveles elevados de ansiedad.

Capítulo I: La invención de la transclínica

I. Génesis del concepto clínica

Para poder proponer un modelo disidente de salud mental que ofrezca respuestas a las necesidades de la época es preciso revisar los paradigmas precedentes. En términos generales es posible definir a la clínica como el acto donde se conjuga la exploración de los signos y síntomas, el diagnóstico y la terapéutica durante el encuentro del binomio médico-paciente.¹⁸ Sin embargo, esta definición técnica no refleja la carga histórica y polisémica de este significante, el cual requiere ser desestructurado para poder construir un significado congruente con esta investigación. En otras palabras, es necesario “deconstruir”¹⁹ la clínica. Esta intención derridiana no persigue llegar a un elemento simple sino proponer un movimiento constante y consciente de la polifonía del término. Es por ello, que este capítulo expone, señala y pretende realizar una propuesta alternativa y singular de la clínica.

Esta tesis toma como punto de partida la concepción de la clínica propuesta por Michael Foucault en 1963, quien arroja luz sobre los entramados de poder concedidos al discurso médico. De esta manera, la concentración del poder en la historia de la medicina se confirió a uno de los elementos del binomio de la clínica: el médico. Mientras tanto, el rol de paciente fue relegado a una posición pasiva y de desconocimiento sobre su propio padecer. En España estas lógicas estudiadas por Foucault también operaron, puede leerse en las crónicas del médico español Pedro Laín Entralgo:

Una primera inspección de las historias clínicas hipocráticas permite apreciar en ellas sus más salientes caracteres positivos. Es el primero su extraordinaria finura en la observación y en la descripción del cuadro sintomático. Bien puede decirse que esas historias clínicas contienen todo cuanto los sentidos del hombre son capaces de recoger, directa e indirectamente aplicados al cuerpo de un enfermo. (...) No hay en ello hipérbole: un pasaje de las Epidemias (L. V, 318) nos indica que el médico

¹⁸ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed. Madrid: Espasa, 2014. Versión online 23.1. (2017). En una de sus acepciones el vocablo *paciente* significa: “5. m. y f. Persona que es o va a ser reconocida médicamente”. Así, a diferencia del término enfermo, la expresión paciente lleva implícita la verificación por parte de la figura del médico. Disponible online: <http://dle.rae.es/?id=RPix2Mn>

¹⁹ Jacques Derrida, *El tiempo de una tesis: deconstrucción e implicaciones conceptuales*, 2^a ed. (Barcelona: Proyecto A. Ediciones, [1989] 1997).

hipocrático investigaba en el enfermo hasta el sabor dulce o amargo del cerumen. No es extraño que los autores cómicos llamasen “coprófagos” a los asclepiadas. Con el magnífico blasón de ese epíteto comienza el médico griego a hacer una *tékhne* de su profesión: un saber hacer, sabiendo por qué se hace lo que se hace.²⁰

El relato que ofrece Laín Entralgo, quien fue director de la Real Academia Española durante los años 1982-1987, propone un discurso idealizado que une la labor del médico a una imagen antropomorfa del dios griego Asclepio. Al establecer en su discurso ese linaje divino equipara la mencionada “*tékhne*” a un oficio sagrado.

Con el fin de lograr un distanciamiento de estas narrativas históricas arraigadas en el imaginario de algunos sectores de la sociedad, esta tesis utiliza la construcción histórica realizada por Michael Foucault en *El nacimiento de la Clínica*.²¹ En ese libro Foucault postula que la clínica actual ahonda sus raíces en el siglo XVIII cuando la medicina en Europa da un giro copernicano al fomentar la utilización de la palabra en el encuentro del médico con el enfermo durante la recolección y registro de signos y síntomas. El distanciamiento de la anterior praxis, donde la transmisión de los saberes se reproducía a título individual por los más notables consultores, dio paso a las nuevas tecnologías científico-educativas donde el aprendiz debe permanecer junto el lecho del enfermo durante todo el curso de la afección. Esta nueva modalidad de intervención es producto de la creación de grandes hospitales durante el siglo XVIII, en los cuales comienzan a residir no solo enfermos sino también médicos. Así, lo acaecido en el siglo XVIII reguló todas las acciones de los cuerpos del siglo XIX; momento en el que los hospitales, loqueros, hospicios, cárceles, burdeles, escuelas y universidades se consolidan como instituciones biopolíticas.²² Con la original arquitectura hospitalaria el avance en materia de conocimiento científico dio un salto cuantitativo y cualitativo. La sistematización de la enseñanza, la experimentación empírica y la observación constante posibilitaron la organización de una semiología

²⁰ Pedro Lain Entralgo, *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*, (Madrid: Diana Artes Gráficas, 1950), 38. [Énfasis añadido].

²¹ Michael Foucault, *El nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica*, Trad. Francisca Perujo (Distrito Federal: Siglo XXI Editores, 1966).

²² Si bien el filósofo sueco Johan Rudolf Kjellén introduce el término biopolítica antes que Michael Foucault, la difusión dentro del mundo académico se produjo de la mano de éste último. Foucault utilizó por primera vez el término durante la conferencia dictada en el curso de medicina social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro en octubre de 1974 en el marco de la Organización Panamericana de la Salud. En estas jornadas explica que el control de las sociedades no solo se produce mediante la ideología, sino que requiere políticas para el control de los cuerpos de los individuos.

detallada de los fenómenos manifestados por los enfermos. Sin embargo, la nueva edificación hospitalaria tuvo detractores y aliados. Por ejemplo, en el caso francés, el barón Anne Robert Jacques Turgot²³ y un gran sector de la población no estaban de acuerdo con solventar el nuevo coste que suponía la construcción de hospitales generales porque conllevaría el empobrecimiento de la nación.²⁴ Entre los defensores de la nueva arquitectura política-social-sanitaria se encontraban los médicos Jean Joseph Menuret y Sabarot de la Vernière. Este último visualiza en 1789 un nuevo orden en relación a la salud, entendida como “Salud Pública”, que obliga a los médicos a perder privilegios económicos y status social para empezar a ser los agentes públicos que velan por la salud física de la población:

El médico no tendrá ya que pedir honorarios a quienes atiende. La asistencia de los enfermos será gratuita y obligatoria: servicio que la nación asegura como una de sus tareas sagradas; el médico no es más que el instrumento de ella. Al terminar sus estudios, el nuevo médico no ocupará el puesto que elija, sino el que le habrá sido asignado de acuerdo con las necesidades o vacantes, en general en el campo; cuando haya adquirido experiencia, podrá pedir una plaza de más responsabilidad y mejor remunerada. (...) Convertida en actividad pública, desinteresada y controlada, la medicina podrá perfeccionarse indefinidamente; alcanzará, en el alivio de las miserias físicas, la vieja vocación espiritual de la Iglesia, de la cual formará el calco laico.²⁵

En estos renglones transcritos puede leerse el momento histórico de la Francia de 1789 cuando el grito “*liberté, égalité, fraternité*” comienza a hilarse la salud como trama social que pretende llegar a todos los rincones de la revolución. Los médicos ya no podrían ejercer su profesión libremente sino que empezarían a ser regulados por el sistema. La salud se instala dentro de la agenda pública y organiza un nuevo orden. Así, el debate económico implicaba aspectos sociales profundamente arraigados que también se debatían. A pesar de las resistencias de algunos sectores, los enfermos pobres acabaron por recibir asistencia, la cual dotó de casuística a la ciencia para luego

²³ Economista perteneciente a la escuela de los Fisiócratas. Fue ministro de Hacienda durante el reinado de Luis XVI y, para algunos críticos, sus intervenciones precipitaron los movimientos que derivaron en la Revolución Francesa.

²⁴ En el caso de España, el Sistema Público de Salud presenta semejanzas a los procesos de todos los estados modernos europeos. Durante los siglos XIX y XX la lucha obrera se manifestó a favor de crear un sistema de previsión social, pero fue recién en 1986 que se dotó de recursos al Sistema Nacional de Salud.

²⁵ Foucault, *El nacimiento de la Clínica*, 58.

realizar intervenciones más precisas en los sectores más acaudalados de la sociedad, “lo que es benevolencia respecto al pobre se transforma en conocimiento aplicable al rico”.²⁶ Asimismo, la creación de hospitales favoreció el control de las epidemias lo que redundó en beneficios económicos para las fábricas al disponer de obreros fuertes. Es en este momento histórico en el que Michael Foucault fija el nacimiento de la clínica y, junto a ella, favorece el análisis biopolítico de la invención *somato-económica y somato-política*.²⁷

1.1 La nueva arquitectura corporal

Durante la Revolución Industrial se produjo la creación de la máquina como fuerza de trabajo y la invención somato-económica de los cuerpos sanos. El paradigma económico del cuerpo ya se había hecho sentir durante los siglos de la esclavitud y de la colonización de los cuerpos no-blancos; sin embargo, en palabras de Michael Foucault “no fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se planteó el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos”.²⁸ De esta manera, lo que se introduce en el siglo XIX es la nueva arquitectura del cuerpo blanco como fuerza laboral, momento en el que la clínica comienza a ser subsidiaria de la producción y reproducción de esta nueva ingeniería. En esta misma línea puede leerse una cita de Karl Marx donde se desprende la posición de autoridad y de legitimidad que comienzan a tener los médicos para oficiar de agentes reguladores del capital: “(...) los médicos ingleses declaran a una voz que 500 pies cúbicos de aire por persona constituyen el mínimo apenas suficiente en caso de trabajo continuo”.²⁹ Así, la medicina comienza a ser un discurso autorizado para validar las acciones y las medidas tomadas en pos de un bienestar físico y de una rentabilidad lucrativa. De este modo, en el siglo XIX la ecuación somato-económica queda sellada y sienta las bases para otro orden social, donde la arquitectura corporal derivó en una herramienta biopolítica de taxonomización que posicionó a la clínica

²⁶ Foucault, *El nacimiento de la Clínica*, 127.

²⁷ La organización del cuerpo-blanco como un cuerpo-sano provocó la proliferación de “clínicas del ocio” y balnearios donde restablecer el bienestar psíquico y corporal. El arraigo de esta modalidad de tratamiento en sectores adinerados posibilitó novelas políticas como *La montaña mágica* (1924) de Thomas Mann donde el protagonista Hans Castorp permanece siete años en un sanatorio en la montaña.

²⁸ Michael Foucault, “Historia de la Medicalización”, *Educación Médica y Salud* 11, N°1 (1977): 3-25.

²⁹ Karl Marx, *El Capital, el proceso de producción del capital*, trad. Pedro Scaron, T. 1, Vol. 2, 24° reimpr. (México: Siglo XXI, 2009), 587.

como el nuevo aparato de verificación científico-técnico por el cual las sociedades comienzan a regularse. De este modo, la clínica convierte a la medicina en una ciencia que proporciona datos cuantitativos para la articulación de discursos políticos, sociales y económicos. Es preciso señalar que la invención somato-económica no es posible sin una organización somato-política que establezca, para los siglos venideros, un debate crucial de los binomios: Público/Privado y Estado/Capital. Dice Foucault en el año 1974 en la Universidad Estatal de Río de Janeiro:

Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral.³⁰

Así, la organización somato-política permite la taxonomización de los cuerpos como fuerza laboral y, a su vez, construye una detallada clasificación biopolítica. En palabras de Preciado “la arquitectura corporal es política”.³¹ En la sociedad disciplinaria de la Modernidad, el poder se ejerció bajo el mecanismo del panóptico de Bentham. “El Panóptico es una máquina de disociar la pareja ver - ser visto: en el anillo periférico, se es totalmente visto, sin ver jamás; en la torre central, se ve todo, sin ser jamás visto”.³² Este nuevo dispositivo se exportó a todas las disciplinas y profesionalizó todos los sectores vinculados al control de los cuerpos. Así, la clínica de la modernidad es una metonimia del dispositivo del panóptico, cuyo desplazamiento semántico la dota de poder al disponer de una visión privilegiada. Con el panóptico como dispositivo de control, la clínica del siglo XVIII organizó el aparato jurídico-legal desde la antinomia normalidad/anormalidad fundada en bases estadísticas. Lo que hoy conocemos como “enfermedad” es el resultado de estudios sistematizados sobre los cuerpos. El método científico basado en la formulación y refutación de hipótesis permite que el cuerpo de la medicina se encuentre en constante tensión dialéctica entre lo que se entiende por salud y lo que se entiende por enfermedad. En consonancia con lo antes expuesto, Foucault en el libro *Los Anormales* presenta a la psiquiatría como la especialidad encargada de la higiene

³⁰ Foucault, “Historia de la Medicalización”, 5.

³¹ Preciado, *Manifiesto contra-sexual*, 27.

³² Michael Foucault, *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*, trad. Aurelio Garzón del Camino, (Buenos Aires: Siglo XXI, 2003), 186.

pública que “debió codificar la locura como enfermedad; tuvo que patologizar los desórdenes, los errores, las ilusiones de la locura”.³³ En Francia, Philippe Pinel creó una nosografía psiquiátrica y confeccionó un discurso semiológico con el fin de organizar un sistema de protección social. Con la psiquiatría como bandera se estableció luz verde para organizar todo un tejido social sin catalogar. Hasta ese momento los cuerpos abyectos se encontraban replegados en un mismo magma. Prostitución, pobreza, locura, alcoholismo y delincuencia eran cosificados para ejercer una forma común de tratamiento corporal: el castigo. “(...) era únicamente en la Salpêtrière donde se ‘recogía’, entre otras, a las aquejadas de enfermedades venéreas; nada más llegar se las azotaba, luego se les cumplimentaba el ‘Certificado de castigo’ y, por último, eran internadas”.³⁴



Img. 1. Fleury, Robert. *Pinel liberando a las locas de la Salpêtrière*, 1876, The British Museum, Londres

La crudeza de esta descripción no pretende borrar la complejidad de un siglo de lucha y de avances en materia de humanización. En este punto es que la clasificación

³³ Michael Foucault, *Los Anormales: curso del Collège de France (1974-1975)*, trad. Horancio Pons, (Madrid: Akal, 2001), 111.

³⁴ Georges Didi-Huberman, *La invención de la Histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*, Trad. Tania Arias y Rafael Jackson, (Madrid: Ed. Ediciones Cátedra, 2007), 12.

de enfermedades mentales propuesta por Pinel fue clave para la humanización de la clínica, ya que una de sus medidas fue abolir el encadenamiento de las pacientes a las paredes. Esto significó, dentro de los hospitales psiquiátricos, una gran conquista al intentar romper la ecuación: enfermedad mental y delincuencia. El esfuerzo por dejar de tratar a los denominados enfermos mentales como delincuentes, hechiceros, pobres o malditos, permitió articular una nueva dimensión social donde los enfermos comenzaron a tener *un nuevo estatuto de pacientes* que requerían ser tratados. Didi-Huberman refiere que la Salpêtrière pretendió ser con Pinel un “asilo en el sentido moderno de la palabra, se abrió con el objetivo primordial de cuidar la locura. Una curabilidad que podía, incluso, ser traducida en cifras; se abría paso una ciencia nueva, una ciencia terapéutica”.³⁵

Es necesario recordar en este apartado que la historia de la medicina está poblada de abusos y atentados sobre los cuerpos de los denominados pacientes. Desde el siglo XVIII hasta el siglo XXI, Europa transitó momentos decisivos y cruciales en relación a la clínica y los experimentos médicos. Recién en el siglo XX, luego de la Segunda Guerra Mundial, se establecieron los lineamientos éticos para la intervención y experimentación con sujetos humanos. Es en el año 1947 cuando se establece el Código de ética médica de Núremberg. Puede decirse que el discurso médico logra en 1948³⁶ cierta homogenización con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Hasta ese momento no se había planteado una definición de la *salud* con carácter reglamentario que sea reconocida a nivel mundial por todos los Estados Miembros. Ese ideal de unir en un único concepto los paradigmas de salud y enfermedad pretendió universalizar la práctica médica y sentar las bases para la creación de los códigos deontológicos por los que se regirá la medicina en la segunda mitad del siglo XX, con el fin de eliminar los abusos, vejaciones y excesos cometidos por el sistema médico sobre los sujetos humanos durante siglos.

³⁵ Didi-Huberman, *La invención de la Histeria*, 14.

³⁶ Es en el mismo año 1948 cuando se realiza la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Este progreso en materia de derecho internacional comienza a ser la columna vertebral de los Estados Europeos.

II. Del biopoder a la psicopolítica

El paso de la Modernidad a la Posmodernidad deja como saldo dos guerras mundiales, un acopio de experimentos humanos, una gran casuística y, también, la creación de instituciones internacionales con el fin de garantizar los derechos y libertades a toda la población mundial. Sin embargo, en la Posmodernidad lo señalado requiere una revisión profunda desde las actuales problemáticas, ya que lo que significó una revolución social en el siglo XVIII, una construcción semántica y científica en el siglo XIX y una conquista de derechos en el siglo XX, declinó en un sistema de control de las psiques en el siglo XXI. Así, la invención de la arquitectura somato-política de la Modernidad se convierte en ingeniería psico-política en la actualidad.

En la Posmodernidad ya no se busca ejercer un poder de coacción sobre los cuerpos sino que el poder, que presenta un semblante de horizontalidad, es un entramado relacional donde todos los sujetos participan. De este modo, la regulación de los cuerpos como elemento disciplinario queda desplazada por una nueva modalidad de control a través de lo psíquico, donde el control no es dimensionado por el usuario como tal, sino que es percibido como un mecanismo de seguridad “garantizado” por las grandes corporaciones. El filósofo surcoreano Byung-Chul Han en su libro *Psicopolítica*³⁷ plantea que en la Posmodernidad se pasa de la sociedad disciplinaria del control a una sociedad de la transparencia donde todas las acciones están reguladas por el panóptico digital.

Es legendario el anuncio de Apple que en 1984 centelleaba en la pantalla durante la Super Bowl. En él, Apple aparece como libertador contra el Estado vigilante de Orwell. (...) Una voz anuncia: “El 24 de enero Apple Computer introducirá Macintosh. Y verás por qué 1984 no será como 1984”. Frente al mensaje de Apple, el año 1984 no marca el fin del Estado vigilante de Orwell, sino el comienzo de una nueva sociedad de control que lo supera con creces en eficiencia. Comunicación y control coinciden totalmente. Cada uno es el panóptico de sí mismo.³⁸

De esta manera, el *Big Brother* ya no es el dispositivo que vigila sino que es el propio usuario el que ofrece todos sus datos y toda su intimidad a la Red. Se desnuda

³⁷ Byung-Chul Han, *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*, Trad. Alfredo Bergés, 1º ed. 4ª reimp. (Barcelona: Ed. Herder, 2015).

³⁸ Han, *Psicopolítica*, 35.

sin saber ante quién lo hace. Ya no se aísla a los individuos en una habitación incomunicada, sino que sucede todo lo contrario: los individuos pueden circular y comunicarse libremente por la Red, la paradoja es que allí están más aislados. Jean Baudrillard plantea justamente esta problemática, el sujeto puede ejecutar una acción (habla) pero si no cumple con las condiciones operacionales de la recepción no comunica.

No debe haber acción que no resulte de una interacción, si es posible con pantalla de control y feedback incorporado. Pues lo que caracteriza precisamente la operación, al contrario de la acción, es que está necesariamente regulada en su desarrollo en caso contrario, no comunica. Habla, pero no comunica. La comunicación es operacional o no es. La información es operacional o no es.³⁹

La Red es entonces el nuevo panóptico digital⁴⁰ que, bajo los principios de la transparencia, permite el acceso a los datos auto-aportados por los usuarios para crear perfiles estadísticos de consumo, *Big Data*. “Se trata de un conocimiento de dominación que permite intervenir en la psique y condicionarla a un nivel prerreflexivo”.⁴¹ Es así como en la Red no hay ningún espacio íntimo y privado para el encuentro con el Otro, porque los usuarios son reducidos a otredades de consumo. De esta manera, “los individuos que se unen en un enjambre digital no desarrollan ningún nosotros”.⁴² Al no haber un nos(otro)s la información compartida es lanzada a las redes sociales sin que medie una trama narrativa, el Otro comienza a ser un receptor-consumidor difuso ubicado en el ciberespacio. El usuario tiene la ilusión de poder seleccionar la información y los datos que proporciona a las redes sociales, (un perfil profesional y académico para *LinkedIn* o un perfil social para *Facebook*), pero en el *enjambre digital* la información aparentemente direccionada a los destinatarios seleccionados configura un entramado digital difícil de legislar.

³⁹ Jean Baudrillard, *La transparencia del mal: ensayo sobre los fenómenos extremos*. Trad. Joaquín Jordá, (Barcelona: Ed. Anagrama, 1991), 53.

⁴⁰ El 10 de abril de 2018 la BBC publica que el fundador de Facebook comparece ante el congreso de Estados Unidos por la mayor filtración de datos personales de ciudadanos estadounidenses, 50 millones de perjudicados. Con la venta de estos datos la campaña del actual presidente estadounidense Donald Trump pudo ser direccionada. Disponible online: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-43720004>

⁴¹ Han, *Psicopolítica*, 14.

⁴² Byung-Chul Han, *En el enjambre*, Trad. Raúl Gabás 1ª edición digital (Barcelona: Ed. Herder, 2014)

La imagen cobra un papel relevante en la Red porque lo imaginario ejerce un poder de captación sobre el sujeto, un poder fundado en el efecto cautivante de la imagen especular. La imagen ya no tiene un tiempo que medie en su reproducción, porque la fotografía digital es el ahora. Los acontecimientos plasmados en el minuto a minuto por la tecnología *Smartphone* pueden ser completamente irrelevantes, sin embargo cobran preeminencia según el número de *likes* obtenidos. Así, la fotografía como tecnología capaz de inmortalizar un acontecimiento relevante en el siglo XIX, es reapropiada para un uso doméstico. “La fotografía no dice (forzosamente) lo que ya no es, sino tan solo y sin duda alguna lo que ha sido”.⁴³ Pero el análisis que realiza Roland Barthes en *La Cámara Lúcida* ya no es aplicable al siglo XXI. En la posmodernidad la fotografía es una imagen que indica lo que “está siendo” y al participar en tiempo real de los sucesos cotidianos de los usuarios se invierten las lógicas temporales que se le atribuyeron intrínsecas. De este modo, circular por el eje imaginario hace que en el siglo XXI se viva en un estallido de identificaciones fugaces que no están mediadas por la palabra, sino por la sociedad del rendimiento. En el sistema neoliberal la palabra ya no aglutina ni genera discursos que permitan al sujeto una “agencia”.⁴⁴ Esta afirmación no pretende tener un carácter universalista y homogeneizante del sujeto moderno, desde luego que cada individuo en sociedad desarrolla su particular capacidad para actuar independientemente y hacer elecciones libremente. Sin embargo, es imposible obviar que el capitalismo del siglo XIX nada tiene que ver con el capitalismo del siglo XXI, mientras en el siglo XIX el capitalismo explotaba al obrero y esto requería organizar sindicatos; el capitalismo del siglo XXI tiene un semblante amigable que hace a los ciudadanos pugnar para sostener la ilusión de pertenecer al sistema, estar fuera no solo provoca en el sujeto la sensación de fracaso personal sino que lo responsabiliza de ello.

Quien fracasa en la sociedad neoliberal del rendimiento se hace a sí mismo responsable y se avergüenza, en lugar de poner en duda a la sociedad o al sistema. En esto consiste la especial inteligencia del régimen neoliberal. No deja que surja resistencia alguna contra el sistema. (...) En el régimen neoliberal de la autoexplotación uno dirige la agresión hacia sí

⁴³ Roland Barthes, *La Cámara Lúcida. Nota sobre la fotografía*, Trad. Joaquim Sala-Sanahuja, (Barcelona: Paidós, 1990) 149.

⁴⁴ Anthony Giddens, *The Constitution of Society*, (UK, Ed. Polity Press, 1984), 42.

mismo. Esta autoagresividad no convierte al explotado en revolucionario, sino en depresivo.⁴⁵

Para Han el sistema neoliberal del siglo XXI diseña un nuevo tipo de sujeto, el sujeto del rendimiento. Este tipo de sujeto es producto de momentos de inestabilidad económica y de las escasas garantías laborales. Hay un auge del discurso emprendedor potenciado por figuras de éxito como la del co-fundador de Apple, Steve Jobs, que tras su fallecimiento en el año 2011 se convierte en el referente cibernético del emprendimiento con la utilización de frases para producir motivación: “estoy convencido que la mitad de lo que separa a los emprendedores con éxito y los que no tienen éxito es la pura perseverancia”.⁴⁶

Es necesario remarcar que esta sociedad neoliberal del rendimiento no solo le exige al sujeto una buena productividad en materia laboral, sino que tiene un cariz aún más superyoico,⁴⁷ le exige ser feliz.

II.1 Tecnopositivo

La sociedad de la transparencia si bien logra desprenderse en gran medida de los dictámenes del biopoder, el cual establecía los dominios ejercidos sobre los cuerpos, articula otro tipo de sometimiento que es invisible a los ojos de las personas: las tecnologías de la positividad. Estas tecnologías son técnicas desarrolladas para diseñar y crear satisfacción, con el fin de provocar en el sujeto sensaciones de bienestar y calidad de vida. La desventaja de lo *tecno-positivo* es que no le permite al sujeto desarrollar mecanismos yoicos para tolerar y alojar el malestar, sino que lo obliga a recurrir constantemente a las tecnologías de la positividad para aliviar su angustia existencial, su tristeza o su frustración.

Por esta razón, no sorprende ni es casual el surgimiento de algunas propuestas como el *coaching*⁴⁸ que no es ni una ciencia ni una disciplina, pero que cada día tiene más adeptos porque sus estrategias siguen las lógicas del mercado. En la actualidad se

⁴⁵ Han, *Psicopolítica*, 10.

⁴⁶ Frase de Steve Jobs recuperada el 18 de agosto de 2018 en: <https://frasesmotivacion.net/frase/268>

⁴⁷ Término acuñado por Sigmund Freud en su texto el “*Yo y el Ello*” de 1923. El Superyo es la organización psíquica encargada de las obligaciones y de las normas que debe cumplir un sujeto. El superyo puede desarrollar mecanismos crueles de auto-exigencia.

⁴⁸ “En términos generales, entendemos por coaching (asesoramiento personalizado) como el proceso de ayudar a personas o equipos de personas a rendir al máximo de sus capacidades”. Robert Dilts, *Coaching: herramientas para el cambio*, (Barcelona: ed. Urano, 2004), 19.

ofrecen cursos de formación no universitaria que no se encuentran regulados por el Sistema Educativo de España ni por los colegios profesionales del país,⁴⁹ pero que estimulan a sus alumnos a trabajar atendiendo a personas en la línea de desarrollo personal. Esto no solo es preocupante en términos educativos, sino también en términos iatrogénicos.⁵⁰ El *coaching*, como tecnología de la positividad, ejecuta prácticas de empoderamiento irreflexivas y plantea una línea de trabajo por objetivos que exige a los clientes⁵¹ cumplir con ciertos pasos para poder alcanzar lo que desean y, así, ser feliz. Esa simplicidad conceptual no es cuestionada por la Academia, porque no pertenece a la Academia; no es un problema en las empresas, porque eleva los beneficios de las empresas y, lo que es aún más alarmante, no es batallada por los consumidores, porque el *coaching* produce positividad. Entre sus estrategias de *marketing*, selecciona a personas cuyas biografías se desarrollaron fuera de su “zona de confort” en pos de alcanzar sus sueños que, en este caso, equivalen a la idea de éxito. La utilización en cada *mentoring*⁵² de figuras de éxito establece un sistema de identificaciones con roles de triunfo dentro del mercado. El mensaje es claro y se imprime en cada *speech* que circula por las redes sociales: “*If you don’t build your dream someone will hire you to help build theirs*”.⁵³

Por otra parte, desde lo tecnopositivo florecen propuestas como terapias con imanes, reiki, flores de Bach, fitoterapia, aromoterapia, magnetoterapia, fangoterapia, auriculoterapia, etc. No es intención de este apartado dar cuenta de todas ellas, sino precisar su inclusión en un análisis temporo-social para entender su emergencia, porque todas estas terapias están dirigidas a un mercado de consumo del bien-estar y de la optimización de la *energía*. Entonces, cuando se utiliza el término

⁴⁹ En búsquedas on-line puede encontrarse un gran número de cursos de formación no universitaria como Coach. En Madrid una de las escuelas más conocidas en brindar esta formación no oficial puede llegar a cobrar 6000 euros el curso. Disponible online: <https://darteformacion.es/cursos-coaching/master-coaching/>

⁵⁰ En el ámbito de la salud se entiende por iatrogenia al daño realizado por el médico dentro de un tratamiento.

⁵¹ El *coaching* utiliza el término cliente y no paciente para insistir que su propuesta no es una terapia.

⁵² Aceptación utilizada para denominar una sesión de supervisión de *coaching*. Según el blogero Jesús De Hoyos Freymann el término *mentoring* proviene de mentor y dice: “*Un mentor es una persona que te puede proporcionar información invaluable que no te la pueden dar los libros, revistas o cualquier blog que acostumbres leer. La información que proveen está basada en experiencias propias. Sus éxitos y fracasos son tan enriquecedores y provechosos que deberían de filmar películas sobre algunos de ellos*”. Disponible online: <https://www.entrepreneur.com/articulo/298273>

⁵³ “Si no trabajas por tu sueños otro te contratará para que trabajes por los suyos”. Popular frase que se le atribuye al *coacher* estadounidense Tony Gaskins. Disponible online: <http://popularinspirationalquotes.com/inspirational-quotes-about-success/>

“tecnopositivo” en este trabajo es para señalar las tecnologías socio-mercantilistas, que se emplean en las sociedades de consumo para configurar espacios de producción de bien-estar y de satisfacción.

El problema en la Posmodernidad es que cualquier propuesta o disciplina – incluso yoga o taichí– que contemple un semblante de posible transferencia,⁵⁴ puede acabar como objeto de consumo que obture la angustia.⁵⁵ En la actualidad se realiza cualquier “terapia” para alcanzar una optimización vital. Las personas que no lo hacen se sumergen, día tras día, en rutinas pesadas que les muestra una imagen desafortunada de sí mismas. Está de moda ser feliz, los extremos, la adrenalina, la libertad, la juventud, los viajes, las relaciones amorosas y, sobre todo, el éxito. Lo positivo inunda internet y la vida; según Han no hay espacio digital para lo negativo, ya que lo negativo se convierte en un impedimento para alcanzar el éxito. El éxito es entendido siempre con tintes narcisistas.⁵⁶ Hay un exceso yoico en todas las “terapias alternativas” que surgen en la Posmodernidad, la finalidad terapéutica es “sentirse bien uno mismo” ya que la alteridad no está de moda. Al no haber un encuentro con el otro desde lo real, solo hay *exitus*.⁵⁷ En palabras de Byung-Chul Han: “se tolera únicamente aquel dolor que se puede explotar en pos de la optimización”.⁵⁸ Se han roto las lógicas del dolor como parte de la vida, ahora éste debe ser resignificado para ofrecer a la comunidad una imagen resiliente en la cual la persona debe sobreponerse ante la adversidad. Campañas de niños valientes con enfermedades terminales, carreras de mujeres luchadoras por el cáncer de mama, lazos para la concienciación del VIH, cupones de la ONCE para apoyar a personas con discapacidad, etc. Estos dolores encuentran vías de sentido ya que están legitimados por las lógicas sociales al llevar con orgullo su espíritu de lucha, pero hay otros que no reciben el mismo tratamiento. Quienes trabajan en hospitales generales saben el malestar que genera

⁵⁴ Jacques Lacan, *El Seminario, libro 8: la transferencia 1960-1961*, 3ª reimp. (Buenos Aires: ed. Paidós, 2008)

⁵⁵ Sigmund Freud, *Obras completas: inhibición, síntoma y angustia*, Trad. José Luis Etcheverry, Vol. 20, 3ª Reimpr. (Buenos Aires: Amorrortu editores, 1992).

⁵⁶ Freud en 1914 en su libro “Introducción al narcisismo” plantea dos tipos de narcisismos: el primario y el secundario. El narcisismo primario es propio de la infancia y tiene como finalidad el desarrollo evolutivo del niño/a. Sin embargo, el narcisismo secundario es una vuelta de la libido sobre el yo (el sujeto) y un apartamiento del mundo exterior.

⁵⁷ Según la Real Academia Española sustantivo latino *exitus-us* (m) que significa salida. Disponible online: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=%C3%A9xito>

⁵⁸ Han, *Psicopolítica*, 50.

una persona que intentó suicidarse frente a otra que está muriendo por una enfermedad terminal. Si bien, ambas reciben su tratamiento, una no es comprendida mientras que la otra recibe compasión. Parece que es necesario demostrar que uno lucha por la vida, que tiene que amar esa vida. Philippe Ariès dice: “Hoy en día corresponde a los enfermos no despertar jamás en los médicos y enfermeras la insoportable emoción de la muerte. El papel del enfermo es del moribundo que simula que no se va a morir”.⁵⁹

En las redes sociales pocas veces aparece el dolor como protagonista y, en caso de serlo, no es *trending topic*. El panóptico vigilante de la modernidad ya no se establece en términos biopolíticos, sino que es reforzado en una modalidad de panóptico interno. Es el propio usuario de redes sociales quien no quiere mostrar lo abyecto, lo soez, lo feo, lo pobre, lo doloroso, que es también *lo humano*.



Img. 2: Dani d'Emilia y Daniel Chávez, *Decadent Romance (Selfies)*, 2015, fragmento de la obra completa.

⁵⁹ Philippe Ariès, *Morir en Occidente desde la Edad Media hasta la actualidad* (Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora, 2012), 240.

En una serie de *foto-performance* realizada por los artistas Dani d'Emilia y Daniel Chávez, integrantes de *La Pocha Nostra*, grupo liderado por el artista chicano Guillermo Gómez Peña, muestran fotos en formato *selfie* para las redes sociales, mientras que en una versión ampliada se puede ver la decadencia del lugar. La denuncia de este *performance* es ese *algo* que queda fuera de la foto. Quizá lo real que angustia, lo que avergüenza, lo que no entra dentro de las fronteras invisibles pero imperativas de lo positivo.

III. Clínica posmoderna, pastiche de la Modernidad

Como se dijo en apartados anteriores el psicopoder es más eficaz que el biopoder porque presenta un semblante de libertad, esto quiere decir que los cuerpos impresionan no estar sometidos o sujetos a aparatos tecnológicos disciplinarios, aunque existe una meta-estructura que regula los pensamientos y las acciones de los sujetos del rendimiento. El análisis en el área de la salud, sin embargo, es más complejo. La ilusión de haber acabado con el sometimiento corporal en los hospitales psiquiátricos hace creer al médico y al paciente que son libres; no obstante, el sistema perpetúa estructuras ceñidas al biopoder y, a su vez, absorbe las propuestas de la tecnología psicopolítica. Ese entrelazamiento de estructuras propias de la sociedad disciplinaria con teorías posmodernas, hacen que la psiquiatría y la psicología clínica corran el riesgo de convertirse en un pastiche,⁶⁰ en un conglomerado de avances vetustos con mecanismos contemporáneos poco reflexivos. La hegemonía médica, por una parte, intenta sostener las conquistas desarrolladas en materia de salud y, por otra parte, claudica frente a las presiones de la sociedad neoliberal del rendimiento.

En la Posmodernidad no se busca en la psiquiatría un orden público, sino una prótesis que permita ofrecer una imagen exitosa. La psiquiatría continúa con un papel protagonista, aunque ya no tiene que limpiar las calles de “vagos y maleantes”, tiene que sostener otra misión: mantener eutímicos a los cuerpos-parlantes.⁶¹ Por ello, la

⁶⁰ El término *pastiche* es un guiño semántico al sociólogo Fredric Jameson quien, en su libro *Ensayos sobre el posmodernismo*, introduce este vocablo ya utilizado previamente por Theodor Adorno. No obstante, el uso que se implementa en esta tesis doctoral está ligado a la significación ofrecida por la RAE: “*Pastiche*: 1. m. Imitación o plagio que consiste en tomar determinados elementos característicos de la obra de un artista y combinarlos, de forma que den la impresión de ser una creación independiente”. Disponible online: <http://dle.rae.es/?id=S69Pcfr>

⁶¹ Categoría introducida por Preciado en su libro *Manifiesto contra-sexual* indicar la capacidad del sujeto de estar atravesado por el lenguaje.

clínica hoy ha derivado en un mercado psicofarmacológico que pretende aliviar los síntomas y eliminar el malestar, en un intento de obturar la falta estructurante del sujeto lacaniano. En la sociedad neoliberal del rendimiento se exige al sujeto ser positivo y, para ello, se han diseñado dispositivos terapéuticos con semblantes minimalistas y amigables. En esta línea Byung-Chul Han realiza un análisis preciso:

La técnica de poder neoliberal no ejerce ninguna coacción disciplinaria. Los efectos del electrochoque son sustancialmente distintos de la psicopolítica neoliberal. El efecto choque se debe a la paralización y a la aniquilación de los contenidos psíquicos. La *negatividad* es su rasgo definitorio. La psicopolítica neoliberal está dominada por la *positividad*. En lugar de operar con amenazas, opera con estímulos positivos.⁶²

Hasta la psicología como disciplina se vio afectada por esta dictadura de lo positivo, en 1990 Martin Seligman consolida la llamada psicología positiva que pretende estudiar “científicamente” las bases del bienestar psicológico y de la felicidad, con el fin de apartar cualquier elemento que ocasione malestar en el individuo: depresión, angustia, traumas, etc.⁶³ Con este furor positivo es que en la Posmodernidad lo negativo no solo es condenado al ostracismo; sino que corre el riesgo de asociarse a una psicopatología. “Las compañías farmacéuticas [están] implicadas activamente en la definición de enfermedades convirtiendo, por ejemplo, dolencias ordinarias en problemas médicos, leves síntomas en graves, problemas personales en problemas médicos, o convirtiendo riesgos en enfermedades”.⁶⁴

Por otra parte, la polifonía de conceptos que se acuñaron entre el siglo XVIII y principios del siglo XX como melancolía, manía, hebefrenia, dementia praecox, neurosis, inconsciente, pulsión, represión, trauma, malestar en la cultura,⁶⁵ ente otros, es anulada por un exceso de metodología positivista que busca encontrar las causas de los síntomas para erradicarlos sin que medie una escucha reflexiva al sujeto-paciente. Así, la psiquiatría y la psicología clínica quedan reducidas a partir de la segunda mitad del siglo XX al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), un

⁶² Han, *Psicopolítica*, 57.

⁶³ Martin Seligman, *La auténtica felicidad*, (Barcelona: Vergara, 2006).

⁶⁴ Susana Rodríguez Díaz, “El proceso de medicalización y sus consecuencias. entre la moral, el poder y el negocio”, *Intersticios revista sociológica de pensamiento crítico* 2 (2008): 71-85. [vocablo añadido]

⁶⁵ En 1930 Sigmund Freud escribe *Das Unbehagen in der Kultur* y en ese acto inaugura una mirada holística en el quehacer psicopatológico. El ser humano no puede entenderse como un ente aislado de los entramados sociales en los que está inscrito, la psicopatología no puede ser articulada sin la cultura.

manual que recopila trastornos agrupados según datos empíricos. “Fue en 1952 cuando apareció el pequeño folleto DSM-I, preparado por George Raines, en el que se proponía una taxonomía basada esencialmente en el funcionalismo de Adolf Meyer”.⁶⁶

La invención del DSM organizó una psiquiatría más limpia, ordenada y expres, pero no más humana. La psiquiatría como el resto de especialidades médicas abrazó la ciencia y la estadística como aparatos de validación y verificación “objetivos”. Sin embargo, la complejidad social y legal que se vincula a la psiquiatría desde sus orígenes no la tienen que sobrellevar el resto de especialidades. De este modo, a partir de la segunda mitad del siglo XX la psiquiatría se convierte en un lecho de Procusto que estira o recorta la subjetividad de los pacientes para que puedan caber dentro las categorías diagnósticas propuestas. En esa línea también se encuentra la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) regulada por la OMS desde 1948 y creada para integrar los datos estadísticos internacionales relacionados con morbilidad y mortalidad. La versión actual del CIE-10, ha sido modificada el 18 de junio de 2018 y entre sus variaciones propuestas para el CIE-11 edición 2022 se encuentra dejar de considerar la transexualidad como una enfermedad mental para ser considerada una “incongruencia de género”.⁶⁷ Si bien, la despatologización de la transexualidad como una enfermedad mental implica un logro para este sector de la población mundial, las críticas desde el colectivo LGTBQIA y de algunos profesionales sanitarios no tardaron en llegar. Estos manifestaron su desacuerdo por clasificar la transexualidad dentro de la taxonomía “incongruencia de género”. La fundamentación ofrecida por la Comisión del nuevo CIE-11 fue que si bien no se encontraron datos empíricos vinculantes a morbilidad depresiva o anímica en personas transexuales, incluir la transexualidad dentro del apartado incongruencia de género “garantizaría” la asistencia dentro de la agenda pública sanitaria para quienes deseen practicar un

⁶⁶ José María Álvarez, Ramón Esteban y François Sauvagnat, *Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica* (Madrid: ed. Síntesis 2004), 732.

⁶⁷ El 26 de julio de 2016 el New York Times publica una nota donde expone los lineamientos que seguiría la comisión de Mayo de 2018 en relación a la transexualidad. Disponible online: <https://www.nytimes.com/2016/07/27/health/who-transgender-medical-disorder.html>. Mientras que el 19 de junio de 2018 Eldiario.es publica la resolución de la Comisión de Mayo de 2018 encargada de la nueva versión del CIE-11 en la cual la transexualidad deja de ser considerada por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad mental. https://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-enfermedadincongruencia_0_783572396.html

cambio de sexo. El debate requiere ser tratado con rigor, puesto que evidencia posiciones de biopoder más profundas. Judith Butler en *Undoing Gender* explica:

Una concurrencia de operaciones de normas de género puede observarse en la diagnosis del *DSM-IV* sobre el trastorno de identidad de género. Esta diagnosis, que, en su mayor parte, se encarga de monitorizar los signos de homosexualidad incipiente, asume que la “disforia de género” es un trastorno psicológico simplemente porque alguien de un determinado género manifiesta atributos de otro género o el deseo de vivir como otro género. Esto impone un modelo coherente de vida de género que rebaja las formas complejas mediante las cuales se elaboran y se viven las vidas de género. Sin embargo, el diagnóstico es crucial para muchos individuos que requieren apoyo de los seguros para la cirugía de reasignación de sexo o el tratamiento hormonal, o para quienes buscan un cambio legal de estatus. Como resultado, los métodos diagnósticos mediante los cuales se atribuye la transexualidad implican una patologización, pero sufrir este proceso de patologización constituye una de las más importantes vías para satisfacer el deseo de cambiar de sexo. La cuestión crítica se convierte así en: ¿cómo puede el mundo ser reorganizado de manera que mejore este conflicto?⁶⁸

La complejidad del entramado social expone la flemática prudencia con que la OMS asume el reto de definir qué es *salud* y qué es *enfermedad* desde 1948: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁶⁹ Es por este bienestar social que se deben contemplar las inercias culturales que patologizan y estigmatizan la subjetividad. Judith Butler explica que esta patologización “(...) se establece en gran parte por órdenes culturales que castigan al sujeto y obligan a distinguirlo de lo abyecto”.⁷⁰ A partir de estos casos puede entenderse la responsabilidad del discurso psiquiátrico en materia de salud y las competencias en el orden jurídico-social que presenta el poder médico. Por ello, es necesario insistir en que estas disquisiciones no pueden ser delegadas exclusivamente a fundamentos estadísticos que no contemplan lo holístico del ser humano.

⁶⁸ Judith Butler, *Deshacer el género*. Trad. Patricia Soley-Beltran (Madrid: Paidós, 2006), 18.

⁶⁹ La cita es extraída del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que adoptó la Conferencia Sanitaria Internacional, en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Esta definición la OMS no la modificó desde 1948. Disponible online: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

⁷⁰ Judith Butler, *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Trad. Antonia Muñoz (Barcelona: Paidós, 2007), 263.

Con este vaciamiento ontológico la invención del DSM y del CIE allana el camino para configurar el vademécum psicofarmacológico, por el cual la psiquiatría contemporánea incorpora sin recelos las teorías tecnopositivas de la psicopolítica.

Por eso la ciencia es la nueva religión de la modernidad. Porque tiene la capacidad de crear, y no simplemente de describir, la realidad. El éxito de la tecnociencia contemporánea es transformar nuestra depresión en Prozac, nuestra masculinidad en testosterona, nuestra erección en Viagra, nuestra fertilidad/esterilidad en píldora, nuestro sida en triterapia. Sin que sea posible saber que viene antes, si la depresión o el Prozac, si el Viagra o la erección, si la testosterona o la masculinidad, si la píldora o la maternidad, si la triterapia o el sida.⁷¹

En la sociedad neoliberal del rendimiento no solo no hay lugar para el malestar subjetivo, sino que los accidentes del ser devienen en instancias prediseñadas. La medicación comienza a ser el elemento homogeneizador de la sociedad psicopolítica. Ya no se requiere controlar al cuerpo si es posible controlar lo psíquico bajo los dictámenes de la positividad y el rendimiento. En la sociedad de la transparencia cada vez son más los tratamientos psiquiátricos que persiguen una positividad dictada por el mercado científico-farmacológico que insiste en indiferenciar a los sujetos. “Esta *uniformización* es también característica de la actual sociedad de la transparencia y de la información. Si todo va a ser visible, las desviaciones apenas son posibles”.⁷² La nueva dictadura de la transparencia afecta directamente a lo diverso porque los criterios todavía vigentes sobre lo psíquico y lo corporal plantean al *enfermo* como aquel que se aparta de la norma, de la media estadística o, lo que aún es más arbitrario, del *establishment*.

La industria farmacéutica abocada a la salud mental tiene un funcionamiento perfecto de retroalimentación, puesto que favorece con financiación las investigaciones de enfermedades mentales, mientras que éstas proponen los “remedios” para esas enfermedades. De acuerdo con Álvarez, Esteban y Sauvagnat “han sido muchos los autores que han intentado establecer una correspondencia directa entre diagnóstico DSM y tratamiento específico”.⁷³ En un artículo publicado en el año 2006 por investigadores de la Universidad de Massachusetts y Tufts University, se reflejan datos

⁷¹ Preciado, *Testo yonqui*, 33.

⁷² Han, *Psicopolítica*, 113.

⁷³ Álvarez, Esteban, Sauvagnat, *Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica*, 733.

alarmantes sobre el financiamiento de determinados trastornos en la confección del DSM.

Of the 170 DSM panel members 95 (56%) had one or more financial associations with companies in the pharmaceutical industry. One hundred percent of the members of the panels on ‘Mood Disorders’ and ‘Schizophrenia and Other Psychotic Disorders’ had financial ties to drug companies. The leading categories of financial interest held by panel members were research funding (42%), consultancies (22%) and speakers bureau (16%). Conclusion: Our inquiry into the relationships between DSM panel members and the pharmaceutical industry demonstrates that there are strong financial ties between the industry and those who are responsible for developing and modifying the diagnostic criteria for mental illness. The connections are especially strong in those diagnostic areas where drugs are the first line of treatment for mental disorders.⁷⁴

Entonces, si el llamado Trastorno del Estado de Ánimo (*Mood Disorders*) es financiado por la industria farmacéutica, ¿qué alternativas clínicas pueden plantearse que no sean la medicalización de la depresión? Se observa que la industria farmacéutica se empodera bajo la bandera de la ciencia objetiva para su propio beneficio,⁷⁵ ejerciendo su mecenazgo en materia de producción científica-química y de financiamiento de la divulgación científica (marketing).⁷⁶ Los Estados no pueden competir con ciertos estándares de producción y delegan la ciencia a convenios de

⁷⁴ Lisa Cosgrove, et al, “Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry”, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, (2006): 154-160. doi: 10.1159/000091772 *De los 170 miembros del panel de DSM, 95 (56%) tenían una o más asociaciones financiadas por empresas de la industria farmacéutica. El cien por cien de los miembros de los paneles sobre "Trastornos del estado de ánimo" y "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" mantenían vínculos financieros con las compañías farmacéuticas. Las principales categorías de interés financiero de los miembros del panel fueron la financiación de la investigación (42%), las consultorías (22%) y la oficina de comunicadores (16%). Conclusión: Nuestra investigación sobre las relaciones entre los miembros del panel de DSM y la industria farmacéutica demuestra que existen fuertes lazos entre la industria y los responsables de desarrollar y modificar los criterios de diagnóstico para las enfermedades mentales. Las conexiones son especialmente fuertes en aquellas áreas de diagnóstico donde las drogas son la primera línea de tratamiento para los trastornos mentales* [Traducción de la investigadora].

⁷⁵ En una nota que Roni Jacobson escribe para el Scientific American, señala que los beneficios de las farmacéuticas en el año 2013 fueron extremadamente elevados: “*Antidepressants are one of the largest pharmaceutical markets, with sales of \$9.4 billion in the U.S. in 2013*”. Roni Jacobson, “Many Antidepressant Studies Found Tainted by Pharma Company Influence”, *Revista Scientific American*, 29 de octubre de 2015 <https://www.scientificamerican.com/article/many-antidepressant-studies-found-tainted-by-pharma-company-influence/>

⁷⁶ El diario español *eleconomista.es* publica una nota el 29 de mayo de 2018 donde expone que la industria farmacéutica en España paga al sector médico en los últimos tres años más de 1.500 millones de euros en concepto de: viajes, congresos, proyectos I+D, donaciones a organizaciones sanitarias, etc. <http://www.eleconomista.es/sanidad/noticias/9241127/06/18/Los-laboratorios-pagan-a-los-medicos-mas-de-1500-millones-en-tres-anos.html>

colaboración a través de fundaciones que, a su vez, pactan las cuantías para los proyectos. Esto explica, de alguna manera, la razón por la que los hospitales públicos madrileños, por ejemplo, se encuentran fragmentados en secciones de administración autogestora de empresas y fundaciones; prácticas de mercado posmoderno que debilitan el debate público/privado.

Si en la modernidad se logró establecer una ruptura entre enfermedad mental/delinuencia, en la posmodernidad se ha unido en una ecuación directa salud mental/farmacología. El 6 de enero de 2017 la revista Rolling Stone publica una nota post mortem en homenaje a Carrie Fisher, la actriz de Star Wars. El reportero de la nota, Daniel Kreps, hace énfasis en el compromiso que tenía la actriz con la salud mental y equipara el activismo de Carrie Fisher a la sinceridad y transparencia con la que manifestaba su consumo de psicofármacos. En la portada de la siguiente revista puede verse una foto donde el hermano, Todd Fisher, carga una urna en forma de píldora de prozac.⁷⁷ La foto resume el movimiento metonímico de “salud mental” desplazado a “píldora de prozac”.



Img. 3 Clint Brewer, *Carrie Fisher's Ashes Placed in Giant Prozac Pill Urn*, 2017

¿Hasta dónde cala en el imaginario social la sustancialización de las enfermedades mentales? Impresiona que la neuropsiquiatría actual consiga sustancializar las enfermedades mentales mediante las explicaciones anatómo-cerebrales que organizan un nuevo tipo de paciente-consumidor. Ahora los niños no son revoltosos, sino que sufren trastorno de déficit de atención (TDAH), esto

⁷⁷ Prozac es el nombre comercial más popularizado de la monodroga *fluoxetina* descubierta en 1966 y perteneciente al grupo de antidepresivos: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

minimiza la responsabilidad de los progenitores, anula a los niños como sujetos con capacidad de lenguaje y reduce el problema a un tratamiento meramente farmacológico.

Durante el siglo XX, período en que se lleva a cabo la materialización farmacopornográfica, la psicología, la sexología, la endocrinología han establecido su autoridad material transformando los conceptos de psiquismo, de libido, de conciencia, de feminidad y masculinidad, de heterosexualidad-homosexualidad en realidades tangibles, en sustancias químicas, en moléculas comercializables, en cuerpos, en biotipos humanos, en bienes de intercambio gestionables por las multinacionales farmacéuticas.⁷⁸

Al sustancializar las enfermedades mentales se “desubjetiviza” al paciente y se lo reduce a hormonas, moléculas o sinapsis. El imperativo dominante que dejó la Modernidad al consagrar a la medicina dentro de las ciencias positivas obliga a la psiquiatría y a la psicología clínica a desprenderse de su epistemología. Las consecuencias son que la riqueza de la exploración psiquiátrica (semiología) y su labor inicial de pensar al ser humano como un ente psíquicamente diverso se subyugan a sistemas nerviosos centrales y periféricos plausibles de ser escudriñados. En esta encrucijada se encontró esta investigación, que por un lado advierte el devenir de la psiquiatría y de la psicología clínica y, por otro lado, propone una resistencia a las nuevas propuestas tecnopositivas enmascaradas de terapia.

IV. La transclínica

El recorrido histórico-político-económico realizado hasta ahora facilita el desmontaje del concepto foucaultiano de clínica planteado en este capítulo. Para ello, fue necesario revisar los postulados heredados, con el fin de articular presupuestos teóricos frente al avance tecnológico, mercantil y fármaco-político que habiliten el distanciamiento respecto de las lógicas del mercado y de construir una posición divergente a la economía y a los mandatos tecnopositivos. Llamo a esta construcción teórica y práctica *transclínica*.

Este término es un guiño semántico que se construye a partir de la reapropiación del prefijo *trans* que significa “a través de”.⁷⁹ Lo *trans* para las teorías feministas y de

⁷⁸ Preciado, *Testo yonqui*, 32.

⁷⁹ RAE disponible online: <http://dle.rae.es/?id=aI82hct>

género hace referencia al colectivo no identificado con el sexo asignado en el nacimiento. Judith Butler en *Deshacer el género*, dice:

Aunque a veces el intersexo y el transexo parecen ser movimientos reñidos entre sí (el primero se declara opuesto a la cirugía, el segundo acepta la cirugía electiva), es muy importante darse cuenta de que ambos cuestionan el principio del dimorfismo natural que debe ser establecido o mantenido a toda costa.⁸⁰

La transexualidad a diferencia de la intersexualidad aprueba franquear el discurso médico a través del uso de tecnologías quirúrgicas y de hormonas. De esta manera, lo *trans* contempla un pasaje por la institución médica, por el Otro. Esta tesis recupera ese uso para expresar que la *transclínica* es un *atravesamiento disidente* por el Otro y que no es sin esa alteridad; esto la diferencia de otras construcciones terapéuticas alternativas, pues la *transclínica* se realiza en un hospital, es supervisada por el personal sanitario y evaluada por el comité de ética de ese mismo hospital. De esta manera, la *transclínica* no solo es una propuesta teórica; sino una práctica reflexiva desarrollada a partir de la deconstrucción de la clínica en un marco temporo-espacial concreto; por ello, es posible decir que su organización conceptual parte de un análisis global para poder realizar una actuación local.⁸¹ A ese espacio de intervención, donde se articula el discurso teórico y práctico de la *transclínica*, lo denomino *microespacio temporal*. La *transclínica* revoluciona el *microespacio temporal* donde se inscribe y resiste ante la presión centrífuga de lo tecnopositivo que la ubica, a veces, en los márgenes y, otras veces, en las antípodas del discurso médico hegemónico contemporáneo. Es por esto que esta investigación no pretende abordar *todo* el malestar psiquiátrico, sino que es una propuesta discontinua al saber-hacer de un hospital; un espacio-simbólico-seguro que aloja el malestar de una población específica de pacientes agrupada por sus síntomas en un tiempo y en un espacio determinado. En palabras de Derrida:

El proceso de la deconstrucción es vía singular y concreta que acontece en un lugar y un tiempo peculiar, en la dimensión del otro, de lo casi siempre silenciado en la tradición. Por eso mismo se entiende ésta como intuición y estrategia de escritura que se instala en la propia escritura.

⁸⁰ Butler, *Deshacer el género*, 21.

⁸¹ Lo local es un concepto utilizado Patrick Geddes, biólogo escocés. Patrick Geddes, *Ciudades en evolución*, (Londres: Routledge, 2000).

(...) Es más bien la operación de desmontar un edificio o artefacto, para que puedan aparecer sus estructuras a la vista, sus nervaduras, y al mismo tiempo, pueda observar la precariedad de su estructura formal que, en el fondo, no explica nada; puesto que ni constituye un centro, ni un principio, ni una fuerza, y ni siquiera expresa la ley de los acontecimientos. No es algo meramente negativo ya que junto a la operación del desmontaje va implícita la afirmación de una propuesta constructiva.⁸²

Así, en el proceso de deconstrucción se reconocen cuáles son las estructuras hospitalarias que permiten crear performativamente otra forma de hacer clínica y, a su vez, se introduce un andamiaje teórico que se nutre de teorías filosóficas y antropológicas. En la posmodernidad es urgente abrazar una noción antropológica del concepto paciente como sujeto-agente: corporal, psíquico, sociocultural y político y, desde allí, construir paradigmas de sujetos activos y menos “pacientes”. Es necesario que éstos salgan de la pasividad para desarmar un modelo extendido dentro de la clínica que la asocia directamente con *la cama*, como herencia etimológica al término griego *κλίνη* que significa *lecho*. La ecuación clínica/cama, que insiste en organizar la acción médica hasta nuestros días, fue el primer desafío de este proyecto de investigación, ya que a los pacientes no se les permitía mover sus cuerpos; cuerpos frágiles y dañados por la enfermedad.

Esta investigación trabaja con una población infanto-juvenil que presenta diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (TCA)⁸³ con índices de desnutrición elevada, por lo que se requiere ingreso hospitalario para restaurar los parámetros físicos normales.⁸⁴ El trabajo de campo donde se fundamenta la

⁸² Derrida, *El tiempo de una tesis*, 7.

⁸³ El uso del término *trastorno* es problemático por la pluralidad etiológica que representa. Para algunos, es un eufemismo de ‘enfermedad mental’ y, para otros, describe asertivamente la temporalidad que puede tener una afección, sin que la misma forme parte de una estructura psíquica. Dicen Esteban Ezama Coto, Yolanda Alonso y Yolanda Fontanil Gómez: “Trastorno mental es el concepto más utilizado por los profesionales en la práctica, al tiempo que es el oficialmente aceptado por los dictados de la American Psychiatric Association (2004) y la OMS (1992) a través del DSM y la CIE respectivamente. El primero lo usa disculpándose, y con la justificación de no haber encontrado otro mejor; pero es fácil ver que si se usa la palabra ‘trastorno’ es porque se desearía poder usar la palabra enfermedad”. Esteban Ezama Coto et al., “Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10, n.º 2 (2010): 293-314.

⁸⁴ El término *normal* encierra una polémica al establecer parámetros de normalidad que excluye a los sujetos que no pueden adecuarse a la media estadística. Ante esto Martha Nussbaum desarrolla un enfoque específico sobre las capacidades humanas que ofrece luz al tratamiento de la diversidad. Martha Nussbaum, *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*, trad. Albino Santos Mosquera, (Barcelona: Paidós, 2012).

transclínica se realiza en el ingreso a psiquiatría de un hospital infantil público de la Comunidad de Madrid. Se requirió de cierta habilidad para proponer un dispositivo *transclínico* que ofrezca las garantías exigidas por el comité de ética del hospital y que no sea experimentado *a priori* como una amenaza al tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria basado en privilegios desde el paradigma cognitivo-conductual. La reproducción de los tratamientos desde este paradigma se construye mediante la “pasivización” de los pacientes, tal y como argumenta el psiquiatra Gonzalo Morandé:

Privilegio 0 es cuando el paciente está en cama, salvo para las comidas. No puede acudir al cuarto de baño, tiene que utilizar una cuña, no puede asearse ni lavarse los dientes. Tampoco puede hacer uso de libros, radio, televisión, etc. La ropa y los objetos personales de la paciente se los llevan a casa el día del ingreso y permanecerá en pijama hasta salir del hospital.⁸⁵

A medida que se avanza en el tratamiento, que se gana peso, se adquieren “privilegios”.

Cada día la paciente va ganando pequeños privilegios: escuchar música, leer, dibujar, jugar en la cama. Siempre en tiempos preestablecidos que se van ampliando. Si el tratamiento no va bien, estos se suspenden veinticuatro horas. El más deseado de los privilegios es **poder ducharse y lavarse los dientes**, que normalmente se da en el sexto o séptimo día de ingreso, coincidiendo con la instauración de una dieta normal y una recuperación de peso relativamente importante. Con la ducha se inicia otra etapa menos dura y restrictiva.⁸⁶

Y agrega:

Se indican psicofármacos en aquellas pacientes en las que persista o se haga evidente un cuadro depresivo o de ansiedad; las dosis son psiquiátricas. El uso de otros psicofármacos como butirofenonas o pimocide se reserva para aquellos casos con fuerte alteración ideativa y las dosis son menores hasta ese momento.⁸⁷

Este protocolo propuesto por el psiquiatra Gonzalo Morandé es implementado en el hospital donde se realiza el trabajo de campo. La descripción de estas pautas de tratamiento es fiel a la realidad hospitalaria donde los pacientes son objetivados en pos

⁸⁵ Gonzalo Morandé, *La Anorexia: cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*, (Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 1999), 200.

⁸⁶ Morandé, *La Anorexia*, 201. [Énfasis añadido].

⁸⁷ Morandé, *La Anorexia*, 204.

de cumplir con los protocolos científicos. En la actualidad, si bien la corriente de la *Antipsiquiatría* desarrollada principalmente en Italia durante la década de los 60 logró la externalización de muchos pacientes crónicos gracias a un proceso de desmanicomialización, los ingresos en psiquiatría continúan bajo un régimen de *institución total*.⁸⁸ En los hospitales psiquiátricos, aún hoy, se reproducen modelos biopolíticos para el control de los cuerpos bajo tecnologías como: sujeción física, terapias de electrochoque, aislamiento, habitaciones vidriadas, cámaras de seguridad, etc. De esta manera, el sometimiento es doble. Por un lado, se implementan paradigmas disciplinarios y, por otro lado, se incorporan tecnologías para el control psicofarmacopolítico.

Esta tesis propone abandonar este camino. La investigación parte de una acción opuesta frente a estos protocolos médicos a los que les urge alcanzar la homeostasis del medio interno y, por ello, reproducen lógicas disciplinarias que, en ocasiones, se olvidan de que los cuerpos son cuerpos-parlantes. La medicina, al constituirse como una ciencia empírica basada en la estadística, se aparta del humanismo como disciplina. Es importante señalar que no hay malicia en la práctica, solo una urgencia constante que no deja espacio para la reflexión. Por ello, la *transclínica* es una pausa a la celeridad del tratamiento. Es imprescindible incorporar la dimensión simbólica para poder continuar con prácticas culturales que recuerden a los pacientes que no solo son carne. La propuesta de la *transclínica* contempla ese espacio y busca en otras disciplinas discursos que permitan la humanización de la clínica. Primo Levi en su libro *Si esto es un hombre* plantea una estrategia de resistencia cuando refiere que el sargento Steinlauf le recuerda la importancia de asearse o simular el aseo diario, como un movimiento mecánico que evita que la huella humana desaparezca.

Nos ha quedado una facultad y debemos defenderla con todo nuestro vigor porque es la última: la facultad de negar nuestro consentimiento. Debemos, por consiguiente, lavarnos la cara sin jabón, en el agua sucia, y secarnos con la chaqueta. Debemos dar betún a los zapatos no porque lo diga el reglamento sino por dignidad y por limpieza. Debemos andar derechos, sin arrastrar los zuecos, no ya en acatamiento de la disciplina prusiana sino para seguir vivos, para no empezar a morir.⁸⁹

⁸⁸ Erving Goffman, *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, (Buenos Aires: Ed. Amorrortu Editores, 2001).

⁸⁹ Primo Levi, *Si esto es un hombre* (Barcelona: Muchnik Editores, 2002), 23.

De estas líneas se desprende el espíritu de la *transclínica*, en la acción disidente que se posiciona frente al sistema. En ese eco performativo que transmite Primo Levi, se vislumbra la potencia restauradora del teatro como estrategia para representar en lo simbólico la vida pausada. Por ello, la *transclínica* utiliza el arte dramático como tecnología que emplea la palabra y el cuerpo en un escenario seguro para volver a jugar con lo cotidiano y con lo humano. La utilización del arte dramático como dispositivo terapéutico proporciona a los pacientes un *personaje*⁹⁰ por el cual pueden hablar.

Resulta imprescindible adoptar otro modelo, uno que vuelva a la *palabra* como elemento estructurante de la clínica en el encuentro médico-paciente, porque la palabra no solo es para el paciente vehículo de expresión de su malestar, sino que teje los rastros que deben ser interpretados por el clínico. Así, el terapeuta, como esa otredad investida de saber,⁹¹ debe posicionarse como un receptor capaz de tolerar el malestar del paciente, quien pone en palabras su universo emocional para encontrar vías de sujeción a discursos que facilitan la dirección de la cura. Éste es uno de los aspectos más difíciles de gestionar dentro de los protocolos actuales, donde se restringe la expresión de lo negativo (abusos, violencia, ideas de muerte, etc.). En los ingresos a psiquiatría desplegar lo negativo, lo abyecto, lo soez, que también es humano, es una propuesta contraria a algunas teorías psicológicas posmodernas que insisten en procurar la “higiene mental” y erradicar cualquier pensamiento que pueda ocasionar angustia.

La estrecha correspondencia entre los usos del cuerpo, de la lengua y sin duda también del tiempo se explica porque a través de las disciplinas y de las censuras corporales y lingüísticas, que suelen implicar una regla temporal, los grupos inculcan las virtudes que son la forma transfigurada de su necesidad e incorporan las “opciones” constitutivas de una relación con el mundo económico y social en forma de montajes duraderos, sustraídos en parte a la toma de conciencia y a la voluntad.⁹²

⁹⁰ La epistemología del término teatral *personaje* hace referencia al verbo latino *persono- ui*, que significa “resonar por todas partes”, esta significación alude a las máscaras de los actores griegos por las cuales resonaba la voz del actor. Desde este origen puede apreciarse como se construyen, en una integración simbólica, la palabra y el cuerpo. *Diccionario ilustrado latino-español, español –latino*, edición 21ª (Barcelona: ed Vox, 1998), 367.

⁹¹ Esta otredad es el *Sujeto supuesto Saber* propuesto por Jacques Lacan dentro de la instancia de la *transferencia*.

⁹² Pierre Bourdieu, *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, trad. Esperanza Martínez Pérez, (Madrid: Akal, 2008), 78.

La libertad para poder expresar con palabras el mal-estar subjetivo es, sin lugar a dudas, uno de los legados más importantes que ha dejado el psicoanálisis a la clínica. En 1903 Sigmund Freud publicó el método de la *asociación libre* como propuesta para el tratamiento de la histeria y la neurosis obsesiva, el cual se convirtió en la regla fundamental del psicoanálisis:

Son los pensamientos involuntarios, sentidos casi siempre como perturbadores y por eso apartados en circunstancias corrientes, que suelen cruzarse en la trama de una exposición deliberada. Para apoderarse de esas ocurrencias, Freud exhorta a los enfermos a que se dejen ir en sus comunicaciones “como harían en una conversación en que se hablase de bueyes perdidos”. Antes de exhortarlos a que relaten en detalle su historial clínico, les recomienda participarle todo cuanto se les pase por la cabeza, aunque les parezca que no es importante, o que no viene al caso, o que es disparatado; por el contrario, les pide con particular énfasis que no excluyan de la comunicación pensamiento u ocurrencia algunos, por más que los avergüence o les resulte penoso hacerlo.⁹³

De esta manera, la *asociación libre* fue ideada por Sigmund Freud como un método que deja en reposo al cuerpo mediante el dispositivo del diván, con el fin de subrayar una ética basada en la escucha y en la construcción dialéctica de la otredad. Esta ética que organizó una forma de hacer clínica inspiró la invención de la *transclínica*. Es imprescindible escuchar a cada uno de los pacientes en su propio malestar subjetivo. Por ello, en esta tesis doctoral, esa escucha activa pone de manifiesto la necesidad de incluir al cuerpo como sede subjetiva del malestar, donde se materializa el sujeto-parlante. La *transclínica* no solo no coacciona al paciente para impedir que sus pensamientos e ideas aparezcan, sino que favorece la verbalización y ensancha su campo de acción al comprender que el cuerpo debe estar implicado en el tratamiento. Por este motivo, la *transclínica* se funda en la construcción de un paciente como cuerpo-parlante que debe ser tratado en esa integridad.

⁹³ Sigmund Freud, *Obras completas: El método psicoanalítico (1904 [1903])*, vol. 7, trad. José Luis Etcheverry, 6a reimp. (Buenos Aires: ed. Amorrortu editores, 1992), 239.

Capítulo II: El teatro como tecnología disidente

I. Clínica remixada sin copyright

El análisis desarrollado en el capítulo I permitió asumir una posición reflexiva dentro de los márgenes del tratamiento de lo representado como salud mental y configurar lineamientos éticos para la invención de la *transclínica*. Como ya se señaló, la *transclínica* es un marco teórico referencial donde se adscriben distintos *dispositivos*, pero es necesario aclarar que no es un dispositivo, sino una propuesta teórica-práctica que selecciona, articula y construye instrumentos para intervenir en el orden clínico.⁹⁴ En esta tesis el teatro se montó como un artefacto capaz de proporcionar dinamismo y flexibilidad a un tratamiento psiquiátrico infanto-juvenil. No obstante, esta investigación no versa sobre “arte dramático”, sino sobre su posible uso como un *dispositivo* que habilita lugares disidentes. Su implementación en psiquiatría no persigue configurar un nuevo género dramático-literario, ni pretende sentar las bases universales para un tratamiento psicológico a través del arte.

En el marco de la *transclínica* se habla de arte dramático como sinónimo de teatro, aunque exista una fina distinción realizada por Patrice Pavis:

A menudo, esta expresión [arte dramático] se utiliza en el sentido más general de “teatro”, para designar al mismo tiempo la práctica artística (hacer teatro) y el conjunto de obras, textos y literatura dramática que sirve de base escrita a la representación o a la puesta en escena. Así pues, el arte dramático es un género dentro de la literatura y una práctica vinculada a la interpretación del actor que encarna o muestra un personaje ante un público.⁹⁵

El arte dramático en esta investigación, no es un teatro de reproducción, sino que es un teatro de construcción y acción. En esta investigación la dramaturgia y la representación la desarrollan los actores (pacientes), mientras el público ejerce más

⁹⁴ Es posible citar como ejemplo el uso del diván como un dispositivo que se asocia directamente al psicoanálisis. El diván como elemento performativo puede sufrir el desgaste del tiempo a la hora de operar en el entramado subjetivo del paciente y puede correr el riesgo de convertirse en *establishment* dentro de la teoría psicoanalítica. Por ello, muchos psicoanalistas rompieron la ecuación diván igual a psicoanálisis. Inés Sotelo promueve la implementación del psicoanálisis en las urgencias de psiquiatría. Para ello, utiliza la palabra como un dispositivo capaz de generar una pausa subjetiva y convertir al paciente en un sujeto-parlante. Inés Sotelo, *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*, comp. Inés Sotelo (Buenos Aires: JVE Editores, 2005).

⁹⁵ Patrice Pavis, *Diccionario del teatro*, trad. Jaume Melendres (Barcelona: Paidós 1998), 51. [Término añadido].

bien una función tácita. Esto facilita que la propuesta no persiga la consumación de un espectáculo sino que deja en un segundo lugar los fines estéticos y se centra en el componente lúdico y catártico de las escenas. Es necesario aclarar que la idea de incorporar un espacio de arte dramático a la agenda sanitaria no es exclusiva a esta investigación, sino que es una revisión de antiguas vanguardias. Este es el caso del *Psicodrama* creado por Jacob Levy Moreno en 1938. Moreno antes de fundar la teoría psicodramática creó el *Teatro de la espontaneidad* y lo consideró como una disciplina terapéutica universal que le permitiría profundizar en su modelo de psicoterapia grupal, dice: “Siendo yo un joven médico fundé el “teatro de improvisación” [...] Allí vi de nuevo claramente las posibilidades terapéuticas que existen en la liberación de situaciones conflictivas anímicas al representarlas, el vivirlas activa y estructuradamente”.⁹⁶ Sin embargo, el uso del teatro en el marco de la *transclínica* es distinto. Se abandona la “visión esencialista” y se adopta una noción constructivista de la realidad que no le atribuye al teatro una esencia curativa y, menos aún, un carácter universal. De esta manera, no se pretende una aplicación ecuménica del *drama* a todas las afecciones psicopatológicas; sino que, por el contrario, se promueve su carácter único en el encuentro con el Otro, (esa otredad con mayúsculas descrita por Lacan para comprender la dimensión de lo simbólico). Es en este encuentro simbólico que el campo semántico de la disciplina dramática queda abierto y permite dirigir su acción para fines clínicos, sociales y políticos. En esta investigación considero que para poder otorgarle al teatro un fin clínico es necesario construir un dispositivo dramático específico.

Pero, “¿Qué es un dispositivo?”.⁹⁷ Michael Foucault introdujo el término *dispositivo disciplinario*⁹⁸ para referirse a las tecnologías desarrolladas por el poder gubernamental con el objetivo de ordenar a la población. Foucault en 1977 lo define como:

[...] un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin,

⁹⁶ Levy Moreno, *Psicoterapia de grupo y psicodrama*, 30.

⁹⁷ Giorgio Agamben, “¿Qué es un dispositivo?”, *Sociológica*, vol. 26, núm. 73 (2011): 249-264. <http://www.redalyc.org/pdf/3050/305026708010.pdf>

⁹⁸ Foucault, *Vigilar y castigar*, 122.

entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. [...] Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante.⁹⁹

Si bien los dispositivos disciplinarios fueron creados para la regulación de los cuerpos abyectos, operaron en toda la sociedad, ya que la clasificación de las minorías “higieniza” a las clases acomodadas. A partir de ese cercenamiento social se organizó el tratamiento de los cuerpos de los locos y la condena de los cuerpos de los delincuentes. Esta separación poblacional muestra como los dispositivos se erigen dentro de entramados de poder y su aplicación responde a las necesidades de la época. En la sociedad disciplinaria el dispositivo del panóptico fue subsidiario al poder gubernamental, por ello, es posible advertir que su construcción fue determinante para el contexto socio-político y económico en el que apareció. De esta manera, la implementación de dispositivos en las esferas pública y privada produce subjetividad, pero no cualquier subjetividad. Para Foucault no es correcto decir que los dispositivos aíslan a los individuos del entramado social; sino que, por el contrario, los sujetos son producto de sus efectos.

El término dispositivo ha sido retomado en el campo de la biopolítica por el filósofo italiano Giorgio Agamben con el fin analizar su utilización en la actualidad.¹⁰⁰ Agamben piensa que el contacto del cuerpo con los dispositivos produce al sujeto,¹⁰¹ ya que la subjetividad y el propio sujeto no pueden pensarse sin el uso de dispositivos tales como la familia, la escuela, el hospital, el bar, etcétera. Así, el sujeto es un *corpus* social y no una realidad acabada. En palabras de Agamben:

Existen entonces dos clases: los seres vivos (o las sustancias) y los dispositivos. Entre las dos, como tercera clase, los sujetos. Llamo sujeto a eso que resulta de la relación cuerpo a cuerpo, por así decirlo, entre los vivientes y los dispositivos.¹⁰²

⁹⁹ Agamben, “¿Qué es un dispositivo?”, 250.

¹⁰⁰ Guillermo A. Vega, “El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la “microfísica” y el tratamiento de la multiplicidad”, *Nuevo Itinerario Revista digital de Filosofía* 12 (2017): 136-158. <http://hum.unne.edu.ar/revistas/itinerario/revista12/articulo08.pdf>

¹⁰¹ En las próximas líneas nos referiremos al sujeto tal y como Agamben lo plantea: una producción teórica susceptible de ser tratada separadamente del ser humano

¹⁰² Agamben, “¿Qué es un dispositivo?”, 258.

De este modo, puede entenderse que queda descartada en la tesis de Agamben la idea de una universalidad o de una naturaleza en el ser humano, ya que el sujeto es una construcción que responde al lugar y al momento en el que se encuentra. Por este motivo, es arriesgado cultivar una psicología clínica universalista sin saber de qué sujeto se habla en la actualidad, aplicando teorías que, bajo el manto de lo científico, ignoran su complicidad en la reproducción de la *sociedad neoliberal del rendimiento*.¹⁰³ Sin embargo, hoy no pueden obviarse las consecuencias de la sociedad neoliberal en la clínica, hay un exceso de medicalización en los tratamientos psiquiátricos que acaba por sustituir la palabra por la píldora. En el hospital donde se realizó la investigación, hay una inercia del hacer médico que asiste a *todos* los cuerpos con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria de la misma manera y bajo las mismas directrices. Esta práctica acaba provocando el olvido de que los cuerpos son sujetos-parlantes. Se produce, de esta manera, un cuerpo-enfermo que cumple con todos los criterios diagnósticos estandarizados en el DSM pero no se reconoce la dimensión subjetiva del padecimiento. Así, se corre el riesgo de que los dispositivos actuales, lejos de favorecer la subjetivación, borren las fronteras de los sujetos. El exceso de autonomía en la sociedad del rendimiento diluye al Otro y el individuo es incapaz de articular una dialéctica que lo inscriba como sujeto.¹⁰⁴

Agamben hace una distinción entre la sociedad disciplinaria del control y la sociedad actual, en esta última se advierte que el entramado es tan denso que resulta insoportable salirse de las lógicas sociales para tejer la propia subjetividad.

Aquello que define a los dispositivos que empleamos en la fase actual del capitalismo es que no efectúan la producción de un sujeto, sino más bien que son procesos que podemos llamar “procesos de *desubjetivación*” [...] Sin embargo, hoy los procesos de subjetivación y de desubjetivación parecieran ocurrir recíprocamente indiferentes, y no dan más lugar a la recomposición de un nuevo sujeto, sino bajo una forma larvaria y, por así decirlo, espectral. En la no-verdad del sujeto no discurre, de ninguna manera, su verdad.¹⁰⁵

¹⁰³ Han, *Psicopolítica*, 31.

¹⁰⁴ En esta línea puede decirse a favor del psicoanálisis lacaniano que propone un discurso dialéctico que utiliza la palabra como una estructura que contempla el “uno por uno” en la clínica. Jacques Lacan, “Del sujeto por fin cuestionado”, en *Escritos I*, 23ª edición, Trad. Tomás Segovia (Buenos Aires: Siglo XXI, 2003) 219-226.

¹⁰⁵ Agamben, “¿Qué es un dispositivo?”, 262.

Agamben toma el modelo de los campos de concentración del siglo XX para mostrar cómo los dispositivos pueden desubjetivar a las personas y ejercer sobre ellas un borramiento sistematizado de sus singularidades,¹⁰⁶ disolviendo la subjetividad sin construir una nueva. Esta es la principal diferencia con Foucault quien consideraba que los dispositivos siempre construyen subjetividades. Sin embargo, el análisis realizado en el primer capítulo sigue la línea de Agamben y muestra como en la *sociedad neoliberal del rendimiento* los sujetos se piensan únicos y libres, cuando en realidad desconocen que sobre ellos se establece un ejercicio constante de seriación, un “borramiento subjetivo”. Se los convierte en sujetos-consumidores, en sujetos del rendimiento. No obstante, en esta investigación se cree que es posible construir tecnologías en la actualidad que den respuestas contra-culturales frente al poder dominante. El uso del teatro en su articulación como un dispositivo facilita el trabajo con la subjetividad dentro de otro dispositivo disciplinario: el ingreso a psiquiatría. El sujeto de la *transclínica* debe ser leído desde el contexto actual, ya que los procesos de subjetivación exceden el fuero de lo sanitario. Así, no se establece una fusión entre psicología y arte dramático, como lo haría el Psicodrama; sino que comprende que, en la actualidad, la invención de un *dispositivo dramático* dentro de un ingreso a psiquiatría ensaya al sujeto, construye subjetividad. La *transclínica* reconoce al dispositivo “como una técnica pensada para modificar a los individuos”.¹⁰⁷ Pero, ¿por qué el teatro puede funcionar como una herramienta válida? Porque el arte dramático es una disciplina capaz de albergar procesos disidentes y contra-culturales. La hipótesis que se desprende es que la utilización de la disciplina dramática permite la configuración de una tecnología capaz de trabajar la subjetividad de manera individual y, a la vez, colectiva. Porque no solo deconstruye un sujeto sino que lo construye socialmente. La *transclínica* interviene en la generación de sujetos-parlantes al proponer a los pacientes ser tocados en sus cuerpos por los dispositivos que, en una primera hipótesis, devendrán en *tecnologías del yo*. El salto que ofrece esta propuesta de intervención es conjugar las dos propuestas de Foucault: el dispositivo y las tecnologías del yo, para resignificar el uso de los dispositivos como herramientas capaces de liberar al sujeto de las estructuras psíquicas y sociales que lo oprimen y, así, retorne al entramado social con herramientas simbólicas que lo preserven.

¹⁰⁶ Giorgio Agamben, *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III*, trad. Antonio Cuspinera, (Valencia: Pre-Textos, 2000), 262.

¹⁰⁷ Foucault, *Vigilar y castigar*, 244.

[Las] tecnologías del yo, que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto grado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad.¹⁰⁸

La intención es ofrecerle al paciente un dispositivo para que haga uso de él y lo convierta en su instrumento. Aquí reside el interés de la *transclínica* por el arte dramático organizado como una *tecnología del yo*.

II. El dispositivo transclínico: la tramoya

La *transclínica* es una clínica contextual abierta a utilizar recursos del medio con el objetivo de convertirlos en mecanismos válidos para su intervención. Esto es posible ya que se basa en el ejercicio derridiano de desprender el uso de los objetos para adjudicarles un nuevo valor contextual. Así, la acción de deconstrucción que se realiza sobre la disciplina dramática facilita la conservación de su estructura para poder habitar en ella. Según Derrida:

Los movimientos de desconstrucción no afectan a las estructuras desde afuera. Sólo son posibles y eficaces y pueden adecuar sus golpes habitando estas estructuras. Habitándolas de una *determinada manera*, puesto que se habita siempre y más aún cuando no se lo advierte. Obrando necesariamente desde el interior, extrayendo de la antigua estructura todos los recursos estratégicos y económicos de la subversión, extrayéndoselos estructuralmente, vale decir sin poder aislar en ellos elementos y átomos, la empresa de desconstrucción siempre es en cierto modo arrastrada por su propio trabajo.¹⁰⁹

El ejercicio de deconstrucción que se aplica al arte dramático es el que permite construir el *dispositivo transclínico* de esta investigación: la *tramoya*.¹¹⁰ Para la Real Academia Española el término tramoya hace referencia a un “conjunto de dispositivos manejados durante la representación teatral para realizar los cambios de decorado y los efectos escénicos”.¹¹¹ Desde esta acepción es que se utiliza el vocablo tramoya

¹⁰⁸ Foucault, *Tecnologías del yo y otros textos afines*, 48. [Artículo añadido].

¹⁰⁹ Derrida, *De la Gramatología*, trad. Oscar del Barco y Conrado Ceretti, 4º ed. (México: Siglo XXI, 1986), 33.

¹¹⁰ En esta tesis cuando se implementa el término *tramoya* es para designar al dispositivo transclínico, por este motivo el término teatral se escribe en cursiva.

¹¹¹ RAE, disponible online: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=aGb16g5>

para representar al dispositivo transclínico, ya que puede establecerse una vinculación metafórica entre la arquitectura del dispositivo y la resonancia del término *tramoya* en el imaginario popular, entendida como una plataforma que sostiene y facilita las puestas en escena. Así, se arriba a la imagen de una estructura teatral vaciada por el ejercicio de la deconstrucción para devenir en un andamiaje a partir del cual es posible erigir otras construcciones que alojen otros fines.

De esta manera, para que el dispositivo *transclínico* de la *tramoya* pueda alcanzar un fin clínico es necesario conservar la estructura de la disciplina dramática, ya que ésta es el marco que contextualiza el surgimiento emocional de los pacientes. El dispositivo de la *tramoya* pretende ofrecer un escenario donde el sujeto pueda circular sin censura, a partir de una estructura que sujete al sujeto.

De esta forma, considero que la sujeción del participante al espacio dramático es posible porque los márgenes del dispositivo *transclínico* son explícitos. Al establecer un marco de actuación, el dispositivo de la *tramoya* tiene los efectos clínicos y sociales propuestos, ya que interviene en el cuerpo de los pacientes y los moviliza a la acción para convertirlos en sujetos-parlantes. En este sentido, el dispositivo se organiza de la siguiente manera:

- I. Quienes dirigen el espacio son agentes sanitarios con formación en artes escénicas.
- II. En el espacio se señala que la investigadora es psicóloga y que los colaboradores son parte del personal sanitario, lo que establece una posición en el enunciado de los participantes que facilitará una colocación frente al tratamiento.
- III. El dispositivo está pensado para una intervención en el ingreso a psiquiatría.
- IV. El horario de la actividad coincide con la hora de reposo, la siesta, donde los pacientes se encuentran recostados luego de comer. El dispositivo saca por una hora al paciente de la cama y del encierro en psiquiatría para llevarlo a un espacio apartado de la sala de ingreso: el teatro del hospital. Otro espacio con colores, sin llaves y con un camarín con espejo.
- V. Los participantes deben construir sus propios guiones y, luego, deben representar con sus cuerpos estas tramas narrativas.
- VI. Todo lo que se dice en escena forma parte del personaje construido.

- VII. En escena se puede decir todo lo que se piensa y se siente.
- VIII. El movimiento corporal es libre pero debe responder a la acción dramática y no puede tener otro fin como, por ejemplo, perder peso.
- IX. En el espacio no hay cámaras de seguridad, ni cámaras que registren las representaciones desarrolladas.

La *tramoya* funciona como una estructura que facilita el cambio de escenario, saca al paciente de las paredes hospitalarias y lo ubica en cualquier parte del universo que el participante elija para desarrollar su historia. Entre los ejes temáticos de las narrativas emergentes aparecen historias de ciencia ficción, de átomos, el descubrimiento de América, el desalojo de un piso en Carabanchel o el secuestro de una pareja de lesbianas. La *tramoya* es el dispositivo que logra distanciar, en el marco de una hora, a los pacientes del hospital y los convierte en actores de su propia historia, esa es la paradoja: un teatro que se encuentra dentro de los muros de un hospital pero que activa escenarios alternativos donde los sujetos pueden pensarse fuera del hospital.

Durante el curso 2017 - 2018 se intentó utilizar el mismo protocolo de actuación con pacientes que se encontraban en otro dispositivo terapéutico: el hospital de día. El efecto en los mismos sujetos ya no era igual. Los pacientes que pasaron a hospital de día durante ese curso no requerían esa propuesta de burlar los muros del hospital puesto que gozaban de mayor movilidad e independencia. Podían regresar a sus casas y utilizar sus ropas. Para estos pacientes sus necesidades como sujetos habían cambiado, por lo que el dispositivo requirió una revisión para poder adaptarlo a los requerimientos que manifestaban en ese momento. La intervención tuvo que orientarse hacia el trabajo en equipo y a la tolerancia a la frustración. Esto refuerza la idea de que el dispositivo no puede tener un carácter universal; sino que, por el contrario, es necesario que se contemple el contexto en donde se adscribe.¹¹²

La construcción del dispositivo de la *tramoya* surge como respuesta ante la necesidad de intervenir en el sistema y poder cuestionarlo desde dentro. El dispositivo funciona porque propone a los participantes que corran el riesgo de energizar los

¹¹² Esta afirmación no es menor puesto que se fundamenta en otras instancias conocidas por la investigadora. En el año 2016 se invitó a la Asociación Creando a participar en un proyecto de fotografía documental con mujeres del Congo que sufrieron violencia machista. El proyecto no había desarrollado un dispositivo sino que se consideró que el uso de la fotografía podía tener en sí mismo un carácter disidente. El problema de no haber desarrollado un dispositivo fue que esa denuncia social podía generar una sobre-exposición de las mujeres.

cuerpos sedados por la medicación. La *tramoya* opera en los márgenes del poder médico, opera con tensión de ser expulsada de los protocolos psiquiátricos por tener la osadía de correr el riesgo. Es en este punto límite que considero que los participantes respetan el espacio, justamente, por el riesgo a perderlo. Parafraseando la reflexión que realiza Peter Brook en *El espacio vacío*,¹¹³ dónde hace responsables a los espectadores de la calidad del teatro que consumen, puede decirse que la *transclínica* hace responsable a los pacientes de su propio tratamiento. Dice Brook: “Si el buen teatro depende de un buen público, entonces todo público tiene el teatro que se merece. No obstante, ha de ser muy duro para los espectadores que les hablen de la responsabilidad de un público”. En la *transclínica*, la responsabilidad en el cuidado del espacio es comprendida rápidamente por los pacientes y, en cinco años de actividad, nunca sucedió ninguna situación que pudiera poner en peligro a los participantes o a la continuidad del proyecto. Cuando se habla de estas situaciones se hace referencia a episodios habituales dentro de una sala de psiquiatría como: fugas, conductas auto-agresivas, conductas hetero-agresivas, excitaciones psicomotrices, etc. Es necesario aclarar que el dispositivo *transclínico* otorga al paciente libertad de acción pero ante todo establece un sentido de responsabilidad y pertenencia, es en este punto que ese marco estructural protege. La *tramoya* no quebranta los límites del tratamiento, sino que justamente los hace evidentes para generar un mayor compromiso por parte de los pacientes.

II.2 Tramoya Profana

El dispositivo de la *tramoya* propone la sujeción del sujeto a su estructura pero ésta solo es posible si se profana lo sagrado del teatro. *¿Pero qué es profanar el uso del teatro?* Es devolverlo al uso de todos los hombres para que éstos lo empleen, lo huelan, lo sientan y lo manipulen a su antojo. La secularización, por el contrario, es cuando se desplaza algo de lo sagrado a los márgenes pero no hay transformación, no es una metamorfosis de lo sagrado, sino que es otro modo de su actividad. La secularización podría compararse al uso de las llamadas “terapias alternativas” en la sociedad del rendimiento, ya que el uso que se hace de ellas no desarticula al *establishment*, sino que lo traslada a otros espacios. De esta manera, las terapias alternativas son mecanismos de secularización porque no desmontan el poder médico,

¹¹³ Peter Brook, *El espacio vacío*. Trad. Ramón Gil Novales (Barcelona: Península, 2015), 37.

sino que desplazan el poder a las esferas del pensamiento mágico (el chaman, el biodecodificador, etc). La profanación es lo opuesto, es cuando se desactiva el poder de lo sagrado y se inventa un nuevo uso. Para Agamben profanar es:

Y si consagrar (sacrare) era el término que designaba la salida de las cosas de la esfera del derecho humano, profanar significaba por el contrario restituirlos al libre uso de los hombres. "Profano -escribe el gran jurista Trebacio- se dice en sentido propio de aquello que, habiendo sido sagrado o religioso, es restituido al uso y a la propiedad de los hombres".¹¹⁴

En la profanación no hay usos simples, sino que se trata de desactivar los usos de los dispositivos sagrados. Inventar nuevos usos, ya que esto constituye una acción disidente para el *status quo* de las disciplinas. En esta tesis el movimiento de profanación que realiza el dispositivo de la *tramoya* es doble: por un lado promueve otro uso del arte dramático y, por otro, deshace lo sagrado de la clínica regulado por el poder médico.

El pasaje de lo sagrado a lo profano puede, de hecho, darse también a través de un uso (o, más bien, un reuso) completamente incongruente de lo sagrado. Se trata del juego. Es sabido que la esfera de lo sagrado y la esfera del juego están estrechamente conectadas. El juego rompe esta unidad: como ludus, o juego de acción, deja caer el mito y conserva el ritual; como jocus, o juego de palabras, elimina el rito y deja sobrevivir el mito.¹¹⁵

¿Pero acaso puede reducirse el teatro a un uso terapéutico? Para la *transclínica* este interrogante no es menor; sino que, por el contrario, es fundamental para la construcción de su ética. La finalidad de la intervención a través de la *tramoya* no solo es terapéutica o por lo menos no en los términos con los que se representa el significativo terapéutico. Según la RAE terapia significa: "Tratamiento destinado a solucionar problemas psicológicos".¹¹⁶ Hablamos de *transclínica* porque al desarrollar la acción desde un dispositivo que ensancha las tramas narrativas del sujeto, la resolución de sus problemas deja de ser el único destino de la acción. Trasciende la instancia meramente psicológica e inaugura un espacio en lo social como un tejido narrativo. Esa instancia de lo social es superadora de cualquier finalidad individual, ya

¹¹⁴ Agamben, *Lo que queda de Auschwitz*.

¹¹⁵ Agamben, *Profanaciones*, 100.

¹¹⁶ RAE segunda acepción del término. Disponible online <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=ZWmeaFc>

que el sujeto comienza a ejercer un carácter performativo. Así, el teatro del hospital nunca perdió la magia que describe Marco Antonio de la Parra:

El teatro, como la psicoterapia, es experiencia vital estandarizada.
Como el rito.
Como la magia.
Son experiencias de cambio.
Son momentos organizados de vida en que se enfrenta la vital y lo mortal de cada uno.
Se muere cada vez que se ve teatro.
Se renace cada vez que se ve teatro.
Digo ver, no solamente oír.
Palabras que se ven, se dicen para ser vistas.
El cambio es muerte, mantención y renuncia.
Se sufre una transformación, se corre el riesgo.
Si no, no es teatro.
No pertenece al mundo del arte la experiencia inocua.
Nada hay (nada debería ser) más peligroso que exponerse al arte.
Al teatro, sobre todo.
Y esto vale tanto para el artista como para el público.
Una experiencia de verdad exige dos personas asustadas.
Lo contrario es manipulación. No hay descubrimiento.
No hay sacrificio.
Ni rito.
Ni magia.
No hay teatro.¹¹⁷

Es necesario reflexionar que la clínica psiquiátrica es una instancia donde el individuo necesita devenir en sujeto. Para que su enfermedad no sea encapsulada en una píldora, sino que exceda los márgenes, salga de órbita. Derrida propone que la deconstrucción es un ejercicio empírico, ya que no hay otra forma de realizarla, y es exorbitante porque debe salir de los caminos previamente trazados. No se puede deconstruir solo desde la palabra, sino que debe realizarse a través del acto. Esta es la revolución que plantea la *transclínica*, como teoría propone salir de los itinerarios de la psicofarmacología y del método científico para señalar otras vías disidentes de intervención y, como práctica, ofrece escenarios donde los agentes intervinientes pueden ejercitar estos postulados exorbitantes. En palabras de Grotowski:

¹¹⁷ Marco Antonio de la Parra, *Para un joven dramaturgo, sobre creatividad y dramaturgia* (Madrid: Instituto Nacional de las Artes Escénicas y de la Música, 1993), 19.

El arte no es la fuente de la ciencia, es la experiencia que surge cuando nos abrimos hacia otros, la que nos confronta con ellos a fin de entendernos a nosotros mismos: no con el sentido científico de recrear el contexto de una época en la historia, sino con un sentido elemental y humano.¹¹⁸

Es en este sentido que se implementa el teatro en psiquiatría, para volver a lo humano. Lo humano que habilita usos profanos del teatro. Dice Agamben:

Pura, profana, libre de los nombres sagrados es la cosa restituida al uso común de los hombres. Pero el uso no aparece aquí como algo natural: a él se accede solamente a través de una profanación. Entre “usar” y “profanar” parece haber una relación particular, que es preciso poner en claro.¹¹⁹

No se encontrará en el dispositivo de la *tramoya* ningún dogma, la *tramoya* implica un uso irrespetuoso del teatro, un uso que genera vértigo por no pertenecer ni al arte ni a la ciencia. Facilitar que los pacientes jueguen con los objetos sagrados de la clínica es provocar la irreverencia. En una ocasión una paciente de 16 años que se encontraba en sillas de ruedas completamente enyesada porque había intentado suicidarse arrojándose a las vías del tren, pudo asistir al espacio construyendo nuevas tramas desde su posición. Cuando participó en el teatro la paciente y el resto de los compañeros utilizaron el recurso de la silla de ruedas para la escena. Profanaron el signo fatídico de la muerte o de la no muerte. Esa fue la acción disidente.

Insisto, *¿acaso no se banaliza la magia del teatro al utilizarlo como un dispositivo?* Éste es justamente el debate que Antonine Artaud plantea. Artaud decía que el teatro psicoanalítico tendía a desacralizar lo divino del teatro y acababa por convertirlo en un proyecto hacia el inconsciente, en sus propias palabras: “se trata [...] de crear una metafísica de la palabra, del gesto, de la expresión para rescatarlo de su servidumbre a la psicología y a los intereses humanos”.¹²⁰ El exceso de psicologismo en las disciplinas es lo que denuncia Artaud. Cuando Derrida habla de Artaud dice: “la restauración de la crueldad divina pasa, pues, por el asesinato de Dios, es decir, ante todo, del hombre-Dios”.¹²¹ Para Artaud el exceso de lo humano en el teatro hace que

¹¹⁸ Nain Kattan y Jerzy Grotowski, “El teatro es un encuentro”, en *Hacia un teatro pobre*, comp. Jerzy Grotowski, trad. Margo Glantz, 16ª edición, (México: ed. Siglo XXI, 1992), 49-54.

¹¹⁹ Agamben, *Profanaciones*, 98.

¹²⁰ Antonin Artaud, “El teatro de la crueldad. Primer manifiesto 1932”, en *La escena moderna*, ed. J. A. Sánchez (Madrid: Akal, 1999), 200.

¹²¹ Jacques Derrida, *El teatro de la crueldad y la clausura de la representación*, trad. Patricio Peñalver (Barcelona: Anthropos, 1989), 318-34. https://redaprenderycambiar.com.ar/derrida/textos/artaud_1.htm#_edn8

el teatro pierda lo divino del arte, pero en esta tesis el movimiento es contrario: la psicología no irrumpe en la disciplina dramática para establecer que toda su acción tiene una lectura psicológica, sino que, como ya se dijo, se incorpora el arte dramático a la clínica desde la construcción de un dispositivo que reconduzca al sujeto a lo social. Según Derrida el arte teatral fue revolucionado por Antonine Artaud quien puso en evidencia la estructura ritual de la construcción teatral.

El arte teatral debe ser el lugar primordial y privilegiado de esta destrucción de la imitación: más que ningún otro, ha quedado marcado por ese trabajo de representación total en que la afirmación de la vida se deja desdoblar y surcar por la negación. Esta representación, cuya estructura se imprime no sólo en el arte sino en toda la cultura occidental (sus religiones, sus filosofías, su política), designa, pues, algo más que un tipo particular de construcción teatral.¹²²

No hay un uso excesivo ni forzado de la disciplina dramática en el dispositivo de la *tramoya*, sino que hay una aplicación del drama en un espacio precintado por la ciencia médica. En este proyecto se utiliza el arte dramático tal y como es; no hay un hiper-análisis de los contenidos planteados por los participantes, solo hay una lectura de las autorías cercadas por la disciplina psiquiátrica. La *tramoya* no busca la verdad del sujeto, sino que entiende que el sujeto es una construcción. Esto no es negar al inconsciente, ya que éste brota por los poros, solamente es comprender que el movimiento derridiano no está en hacer una búsqueda del inconsciente, sino en construir a partir de él. Lacan plantea que “*el inconsciente está estructurado como un lenguaje*”, por ello el sujeto lacaniano es un sujeto-parlante.¹²³ El error más frecuente entre los psicoanalistas fue realizar una ecuación directa entre inconsciente y lenguaje, y no comprender que Lacan hablaba de que el inconsciente *se estructura* según la lógica del lenguaje. El inconsciente no es lenguaje sino una estructura. Estructura que los posestructuralistas buscarán deconstruir. Así, el dispositivo de la *tramoya* no propone deshilar al sujeto del inconsciente sino que pretende que el participante se convierta en un actor, en un sujeto-parlante que escriba su propia trama a partir de su propia historia. Para Grotowski la sujeción que Artaud consiguió a través de su teatro es su propia salvación: “Artaud continúa siendo un desafío para nosotros en este

¹²² Jacques Derrida, *El teatro de la crueldad y la clausura de la representación*.

¹²³ Jacques Lacan, *Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (Buenos Aires: Paidós, 1987), 28.

punto, quizá menos por su obra que por su idea de salvación mediante el teatro. Este hombre nos entregó mediante su martirio una prueba extraordinaria del teatro como terapia”.¹²⁴ Esta cita de Grotowski permite realizar la distinción entre un teatro obturado por la mirada psicológica que insiste en encontrar la verdad del sujeto en sus diversas manifestaciones; frente a un teatro que comprende la complejidad del ser. En palabras del mismo Artaud: “sin un elemento de crueldad en la base de todo espectáculo, no es posible el teatro. En nuestro presente estado de degeneración, solo por la piel puede entrarnos otra vez la metafísica en el espíritu.”¹²⁵ Para Artaud el teatro es capaz de soportar la existencia. Una existencia que exige al público ser su testigo. En la *transclínica*, la propuesta es similar: el teatro es aquello que *es* cuando *está siendo* y, a su vez, cuando ya *ha sido* puede posibilitar un proceso de organización subjetiva al permanecer resonante en los agentes intervinientes. Las obras dramáticas se consuman cada vez que se hacen acto y ese movimiento siempre es de carácter social, único e irrepetible. Dinámico, como el sujeto.

II.3 Elementos del dispositivo tramoya

La metodología de investigación que propone esta tesis no es cerrada, sino que por el contrario comprende que el conocimiento es un ejercicio de construcción teórica y de desarrollo empírico a través del registro, la observación y el análisis de las tecnologías empleadas. Los dispositivos contraculturales, que se ofrecen como *tecnologías del yo*, promueven la subjetivación, ya que emergen de la novedad y la creatividad. Este dinamismo le otorga una capacidad constante de transformación para poder elaborar nuevos dispositivos. De esta manera, las lecturas que acompañaron el período de configuración de la *tramoya* permitieron realizar un ejercicio de deconstrucción de los presupuestos teóricos iniciales y de los entramados de poder del contexto para facilitar la articulación de un andamiaje que diera respuestas a las exigencias del proyecto. Así, el desmontaje que sufrieron el lugar, la investigadora y los participantes posibilitó la construcción de la *tramoya* y la delimitación de sus elementos: el *microespacio temporal*, los participantes, la catarsis, el público y la dirección *transclínica*.

¹²⁴ Grotowski, “No era totalmente él”, en *Hacia un teatro pobre*, 86.

¹²⁵ Artaud, “El teatro de la crueldad. Primer manifiesto 1932”, 206.

Primer elemento del dispositivo de la tramoya: *microespacio temporal*

La profanación de la clínica y del teatro sucede empíricamente en un *microespacio temporal* donde los sujetos se construyen en una acción colectiva. Este *microespacio temporal* es un constructo que, al anteponer el prefijo *micro*, organiza un recorte arbitrario del lugar y del tiempo donde es posible ejercitar los postulados *transclínicos*.

El *microespacio temporal* no es lo que sucede una vez por semana durante una hora en el teatro del hospital sino que es una heterotopía que aúna una multiplicidad de lugares y tiempos.¹²⁶ Para Foucault la heterotopía es un *contra-lugar* porque en ella convergen espacios y temporalidades divergentes, aquí el teatro es un gran revelador de la multiplicidad de lugares y tiempos que puede alojar un recinto. Foucault plantea las heterotopías como esos *espacios-otros* que se crean y se diluyen según las circunstancias sociales. Paul B. Preciado en su libro *Pornotopía* retoma de manera sencilla el concepto para señalar como pueden volver a significarse los espacios y convertirse en *espacios-otros*:

Este término [heterotopía], que se opone tanto a la *u-topía* (sin lugar) como a la *eu-topía* (buen lugar), indica un *espacio otro*, “un lugar real en el que se yuxtaponen diferentes espacios incompatibles”, produciendo brechas en las formas tradicionales de espacialización del poder y del conocimiento en una sociedad determinada. La heterotopía altera las relaciones habituales entre forma y función, proyecta, por ejemplo, un espacio tridimensional en uno bidimensional, como en el cine, yuxtapone un lugar donde uno está y no está al mismo tiempo, como en el espejo o en el cementerio; las heterotopías son lugares provisorios, como el viaje de novios, o espacio-tiempos acumulativos, que superponen y contienen otras temporalidades y otros espacios...¹²⁷

Se considera al *microespacio temporal* una heterotopía porque este espacio cabalga a contrapelo de los tiempos, no se lo espera en la ciencia, incomoda a los médicos, es frágil, es provisional, es gratuito. Ningún espacio es en sí mismo una heterotopía sino que es una heterotopía para alguien. Es el vínculo que se establece con ese lugar, por ello cuando los pacientes son dados de alta no pueden continuar

¹²⁶ Michael Foucault, *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*, trad. Elsa Cecilia Frost (Buenos Aires: Siglo XXI editores Argentina, 1968), 3.

¹²⁷ Beatriz Preciado, *Pornotopía. Arquitectura y sexualidad en “Playboy” durante la guerra fría*, (D.F. México: Anagrama, 2010), 119. [Término agregado por la investigadora].

usando el mismo dispositivo de la *tramoya* porque ésta ya no opera para ellos, debe crearse otro dispositivo *transclínico* destinado a sujetos externalizados. El *microespacio temporal* no es un lugar para quedarse, no es un lugar fijo ni tampoco estable. Es un constructo que anuda lo que sucede en la sala de espera desesperante del hospital; es la sala multifuncional dónde se come, se juega y se realizan las tareas escolares dentro del ingreso a psiquiatría, son los pasillos del hospital donde no se permite transitar a los pacientes si no van con una bata sobre su pijama y es, sin lugar a dudas, el teatro del hospital donde se realizaron la mayor parte de las sesiones. El *microespacio temporal* como elemento del dispositivo de la *tramoya* es un constructo organizado por la *transclínica*, porque este espacio no existe sino que se crea constantemente y es extensible a muchos otros lugares. Por ello, el *microespacio temporal* como elemento del dispositivo de la *tramoya* posibilita la reflexión de la no universalidad del dispositivo, de lo contextual de su articulación, de la fugacidad y la provisionalidad de su intervención. De esta manera, el *microespacio temporal* es un *contra-lugar* porque es un lugar que no pertenece al discurso institucional, es un espacio articulado en la dialéctica de un discurso social, político y económico rupturista. Es un espacio de disidencia.

Segundo elemento del dispositivo de la tramoya: los participantes

Se llama participantes a la población de pacientes que asistió a los talleres de teatro. El desplazamiento del significante *paciente* a *participante* fue uno de los catalizadores que dinamizaron el *microespacio temporal*. Por ello, en esta tesis se sigue el principio de *auto-regulación del grupo* o principio de *homeostasis* de Moreno, el cual se basa en que el grupo tiende a un equilibrio interno frente al contexto externo. Esto significa que no hay alguien que ejerza el control sino que, por el intervalo de una hora, la responsabilidad del grupo, del espacio y de sí mismos está en cada uno de los participantes y en su interacción. Mientras que en otros espacios hay una línea continuista de control estricto de los elementos empleados por riesgo a un retroceso en el tratamiento, en este espacio se trabaja para disminuir la ansiedad persecutoria y apostar por la auto-valía del sujeto. Las restricciones a pesar de no ser nombradas permanecen en el orden simbólico y esto termina por nutrir al espacio con otros objetivos. No se recuerda a los participantes que no deben “fugarse” del hospital, ni que están prohibidas las auto-agresiones o los insultos a compañeros. Nada de esto es recordado porque el *microespacio temporal* desarticula las lógicas del ingreso. El

control ya no se ejerce desde el dispositivo disciplinario del panóptico: cámaras de seguridad, puertas bajo llaves, control de movimientos, habitaciones vidriadas, etc. Estos elementos se suspenden en el curso de una hora y es la estructura de la *tramoya* la que traza los límites simbólicos que sujetan al participante.

El participante como sujeto transclínico

Los participantes son los destinatarios del ejercicio intelectual, asistencial y social que configura esta tesis doctoral. El carácter reflexivo y el respeto con el que se trabajó con ellos es consecuencia de una concepción del ser humano como sujeto *corporal, psíquico, sociocultural y político*. Comprender desde esta perspectiva a los niños y adolescentes que participaron en el dispositivo de la *tramoya* es resultado de una elaboración teórica surgida a partir del trabajo de campo.

a) Sujeto corporal

El abordaje *transclínico* a través de un dispositivo dramático reveló la necesidad de delimitar conceptualmente al sujeto corporal. Esta aproximación no pretende ser una respuesta totalizadora sobre el cuerpo, sino una articulación teórica que facilite una mirada contemporánea del cuerpo dentro los tratamientos psiquiátricos. El punto de partida es comprender que el término *cuerpo* es un significante en constante significación. De esta manera, es oportuno parafrasear a Heráclito porque definir al cuerpo es como aproximarse a un río, aquel que veíamos ya no está. No hay un único cuerpo que haya acompañado a todos los procesos históricos ni siquiera a los propios procesos subjetivos, el sujeto siempre presenta un cuerpo distinto en momentos distintos. El antropólogo y sociólogo francés David Le Breton dice: “El cuerpo es una falsa evidencia: no es un dato evidente, sino el efecto de una elaboración social y cultural”.¹²⁸ Y es posible agregar que también es el efecto de una elaboración psíquica. El cuerpo no existe, afirma Le Breton y con este axioma inaugura la posibilidad de que el cuerpo sea trama que se escribe. Agrega que no se ven cuerpos sino que se ven hombres, mujeres, niños, niñas, y es así como el universal se resquebraja, porque ser varón o mujer en una sociedad es producto de una serie de entramados culturales y disciplinarios que regulan la masculinidad o la femineidad. Es necesario abandonar el análisis materialista y naturalista sobre el cuerpo para poder

¹²⁸ David Le Breton, *La Sociología del Cuerpo*, trad. Paula Mahler, (Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 2011), 28.

comprender que lo orgánico es organizado por lo discursivo. La corporalidad humana no es exclusivamente biológica sino que, también, es social. Le Breton insiste en que la expresión corporal se puede modificar socialmente, ya que el colectivo contribuye a dibujar los contornos del universo y a facilitarle al cuerpo el relieve social que necesita. Así, el cuerpo es un entramado de la narrativa propia con la narrativa de los otros. En palabras de Paul B. Preciado:

El cuerpo es un texto socialmente construido, un archivo orgánico de la historia de la humanidad como historia de la producción-reproducción sexual, en la que ciertos códigos se naturalizan, otros quedan elípticos y otros son sistemáticamente eliminados o tachados. La (hetero)sexualidad, lejos de surgir espontáneamente de cada cuerpo recién nacido, debe reinscribirse o re-instituirse a través de operaciones constantes de repetición y de re-citación de los códigos (masculino y femenino) socialmente investidos como naturales.¹²⁹

En psiquiatría y en psicología el planteamiento anteriormente descrito es en ocasiones olvidado o desconocido, la celeridad de la praxis conduce a una clínica que pretende aprehender al cuerpo para organizarlo según los signos objetivados de la estadística. El cuerpo de la medicina,¹³⁰ cuya normativización homogeniza a los individuos, tiende a relegar a un segundo momento la subjetividad de los pacientes. La medicina tiende a definir a los cuerpos sin sujeto. El cuerpo se observa, se clasifica, se diagnostica. La velocidad que imprimen los tiempos de consulta, postergan al sujeto-parlante para poder atender con prisa al cuerpo-enfermo. No se escucha al sujeto ni a los atravesamientos que sufre y que marcan su cuerpo. En el trabajo de campo realizado para esta investigación pudo observarse la separación arbitraria de lo social y de lo médico que se establece en los cuerpos de los pacientes que sufren trastorno de la conducta alimentaria, si bien puede tenerse en cuenta cómo influyen la moda y la imagen en las adolescentes, esto no se trabaja dentro de los protocolos de tratamiento. No hay un dispositivo que atienda a las variables sociales que conducen a la configuración de un cuerpo-anoréxico. Es así como los cuerpos en el tratamiento de

¹²⁹ Beatriz Preciado, *Manifiesto contra-sexual*, 23.

¹³⁰ No obstante, tampoco podría decirse que el cuerpo como objeto de estudio de la medicina sea un cuerpo-total, ya que éste sufre los avatares de la historia y de la ciencia. Como ya se dijo en el capítulo I, la medicina no ostenta un discurso unificado e inmutable; sino que también sobrelleva la influencia de otros discursos: el Estado y el mercado, el método científico, la estadística, la OMS, las religiones, la bioética, las nuevas tecnologías y el discurso de cada institución sanitaria. Así, lo que se llama aquí como “cuerpo de la medicina” es un cuerpo, también, atravesado por otros discursos.

ingreso a psiquiatría solo son medidos y baremados según el DSM V para organizar un tratamiento que conduzca a un normo-peso. En el hospital donde se trabajó los cuerpos de los pacientes son organizados según el Índice de Masa Corporal que presentan. Es en esta taxonomización de los cuerpos que es imprescindible recordar que los cuerpos atendidos en la disciplina psiquiátrica son cuerpos-parlantes. Los pacientes que asisten a psiquiatría son sujetos que necesitan tejer su trama narrativa, por ello es tarea de los psiquiatras y psicólogos escuchar estas tramas y contribuir en el hilvanado de las mismas. Por este motivo, es de principal importancia reflexionar sobre las narraciones que somos capaces de proponer como sociedad y como agentes sanitarios. Reparar en el dolor de estos cuerpos para poder ofrecer nuevos discursos que permitan una organización simbólica en la cual sujetarse. Por otra parte, el cuerpo de la psicopatología ha cambiado y es imprescindible volver a establecer la palabra como elemento de subjetivación. El psicoanalista Nasio dice: “quiero decir que el cuerpo está como estallado; este cuerpo no es el mismo que aquel de mil años atrás. Nuestro cuerpo no es más el mismo, aunque tenga la misma forma”.¹³¹ Ese cuerpo del discurso va cambiando y es imposible aprehenderlo totalmente. Quienes atendemos pacientes en psiquiatría advertimos esto con frecuencia, los pacientes no se parecen a las pacientes freudianas que utilizaban la metáfora para configurar un síntoma de conversión somática. Los pacientes hoy llegan a urgencias con cortes en las muñecas, sobre-ingestas, estados de marcada desnutrición, sobredosis, etc. El desafío es incorporar a esas escenas la palabra, frenar el exceso de actuación con un posicionamiento subjetivo que sujete al sujeto a la dialéctica del lenguaje. Esta concepción de sujeto permite definir a partir de allí un cuerpo, que será singular para cada sujeto.

Con el deseo de encontrar vías narrativas me aproximo al teatro. El interés por el arte dramático radica en deshacerse de las ideas preconcebidas sobre el cuerpo que la ciencia psiquiátrica propone y abordar el territorio corporal mediante una narrativa constante. Gabriela Cordone introduce el término de *cuerpo dramático* para hablar del cuerpo presente en la escena. La autora realiza una profunda reflexión sobre el *cuerpo dramático y el texto dramático*, con el fin de demostrar la retroalimentación de ambos en la representación. Es así como al asumir el actor un personaje textual, éste último imprime en su cuerpo otra realidad, dice Cordone:

¹³¹ Juan David Nasio, *Los gritos del cuerpo. Psicósomática*, (Buenos Aires: Paidós, 2006), 10.

El cuerpo no es una unidad sino un conjunto de superficies proyectadas por un complejo fantasma. Los signos lingüísticos sirven de elemento unificador de esta suma de imágenes descosidas y contradictorias: el lenguaje hace y deshace el cuerpo. Estamos ante un elemento ambiguo sujeto de múltiples interpretaciones.¹³²

Con esto, Cordone afirma que el *texto dramático* se dice y se piensa sobre un cuerpo y es este cuerpo el nexo entre el texto y la representación. De esta manera, el cuerpo en el teatro es “un instrumento de doble vocación”: sujeto total de la palabra y objeto de la palabra del otro; entremezclado todo con aspectos imaginarios, culturales y de lenguaje. El cuerpo constituye un espacio donde el sujeto y el objeto intercambian continuamente sus papeles. Cada representación es única, ya que es la conjunción entre el texto que ha sido escrito para ser representado y el cuerpo que se ofrece como vía narrativa. El actor presta su propio cuerpo para asumir al personaje textual, por ello el trabajo actoral requiere de un entrenamiento profesional donde se logre un equilibrio entre la repetición del texto dramático y su propio descubrimiento corporal. Este es el interés de la *transclínica* por el teatro, arte que permite un juego discursivo y corporal en el sujeto. Ensayo posiciones e imprime la palabra en los contornos del cuerpo. Dice Stanislavski:

No cabe duda de que Trostsov tiene razón: la gente no sabe hacer uso de ese maravilloso aparato que son sus piernas. Por eso tenemos que aprender. Tenemos que empezar desde el principio y aprender a hacer todo: andar, hablar, ver, actuar.¹³³

Si bien esta cita hace mella en un aprendizaje anatómico, incorpora la dimensión de narración cuando expresa que hay que aprender a hacer todo, despojando al cuerpo de una espontaneidad nata y obligando a adquirir una conciencia corporal mayor. Stanislavski realiza una propuesta técnica de desciframiento corporal que lleva meses de ejecución. En esa pureza técnica se propone al actor aprehender los recovecos de su propio cuerpo y llegar al subtexto.

El verdadero propósito de cualquier creación de esta índole reside en el subtexto en el que se apoya. Sin él, las palabras no tienen excusa para pronunciarse en el escenario. Al expresarlas, las palabras brotan del autor mismo, pero el subtexto emana del actor. Si esto no fuera así, el público no

¹³² Gabriela Cordone, *El cuerpo presente: texto y cuerpo en el último teatro español, 1980-2004*, (Zaragoza: Pórtico, 2008), 28.

¹³³ Constantin Stanislavski, *Creación de un Personaje*, (México: ed. Diana, 2003), 80.

haría el esfuerzo de acudir al teatro: se quedaría en casa leyendo los papeles impresos.¹³⁴

Es aquí donde puede encontrarse el punto de conexión entre el arte dramático y el teatro ejercido en el hospital con niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. En este volver a aprender que plantea Stanislavski emerge una vía de trabajo que puede ser fecundo. Usar la figura de un mercurio que recorre todo el cuerpo, jugar con los sentidos, crear imágenes en escena, resolver con gestos una situación confusa son recursos que traducidos al trabajo hospitalario pediátrico pueden alcanzar buenos resultados. Es preciso que el actor/la actriz se mire para poder ser mirado/a, sienta su propio cuerpo en la acción para poder transmitir el sentir del personaje. Si bien, no se pueden medir los efectos del arte dramático, porque sería intentar mensurar el alma, se puede decir que el establecimiento del teatro dentro del dispositivo disciplinario del ingreso a psiquiatría conforma una contracultura institucional que funciona, que opera en el sujeto-parlante.

b) Sujeto psíquico

Definir al sujeto como un sujeto psíquico es una tautología, sin embargo, resulta necesario delimitar a que se hace referencia cuando se describe al ser humano como un ser con funciones psíquicas tales como el pensamiento, la memoria, la emoción, la voluntad, la libertad o el lenguaje. En esta tesis el psiquismo no solo es el ejercicio consciente de estas funciones sino también su actividad inconsciente. Esta investigación abraza los postulados freudianos de la primera tópica del aparato psíquico (inconsciente, preconscious y consciente)¹³⁵ y la segunda tópica del aparato psíquico (*Ello, Yo y Súper-yo*).¹³⁶ Una explicación escueta de esta segunda tópica freudiana es que el *Yo* es una organización que surge de la interacción del *Ello* (el cuerpo como continente pulsional) con el mundo exterior (la cultura) y que el *Súper-yo* es la introyección de la ley que organizará las acciones de la vida cotidiana. Entre estos postulados Freud descubre en su clínica que en ocasiones los pacientes verbalizan su intención consciente de “*querer estar mejor*” pero que en la práctica

¹³⁴ Stanislavski, *Creación de un Personaje*, 143.

¹³⁵ Sigmund Freud, *El Inconsciente*, Tomo II, trad. López Ballesteros, (Buenos Aires: ed. Ateneo, 2003)

¹³⁶ Sigmund Freud, *El yo y el ello*, Tomo III, trad. López Ballesteros, (Buenos Aires. ed. Ateneo, 2003).

desarrollan todo un tejido de auto-boicot que no les permite esta mejoría.¹³⁷ Estos mecanismos que el neurólogo vienés descubre en 1920 son de extraordinaria importancia en la clínica contemporánea con pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, ya que muchas veces los pacientes describen que saben lo dañino que es suprimir la ingesta total de alimentos, no obstante, realizan un ejercicio de marcada “auto-exigencia” para ir en contra del “instinto natural” que es comer. De esta manera, queda descartada en la tesis de Freud *lo instintivo* en los seres humanos como una instancia homogénea y espontánea que conduce al sujeto a responder de manera “natural” y saludable en todo momento. Así, para Freud el cuerpo humano está mediado por la cultura, el lenguaje, la biografía, la educación, etc. Esto lo aparta de la vida instintiva para reconocer en el sujeto la instancia del inconsciente. Esta concepción teórica del ser humano tan denostada por la ciencia posmoderna posibilita una integración del sujeto como pocas veces se ha logrado en la historia de la psiquiatría. Entender a la persona como un organismo atravesado por la cultura y no solo como un entramado de conexiones neuronales es todo un posicionamiento existencial.

Freud describe que en el orden anatómico se localizan los hitos del crecimiento infantil. El *Estadio Oral*, cuyo organizador es la boca, sucede en el primer año de vida de la persona. En el chupeteo, el recién nacido recibe no solo el alimento necesario para su crecimiento, sino también el amor de su madre. De esta manera, nutrición y amor quedan ligados en este primer momento. A los tres meses de vida aparece la *sonrisa social* y al octavo mes, la *angustia de separación* con la madre.¹³⁸ Donde el bebé descubre que su madre y él son personas distintas, que la madre puede estar y no estar. Aparece el llanto espontáneo y la necesidad de contención por parte de las figuras parentales. Durante el curso de este estadio, también, suceden otros hitos necesarios para una correcta evolución. Los bebés deben pasar por una etapa óculo-manual en la cual aprenden a seguir con la vista el movimiento del objeto y finalmente pueden coger ese objeto para poder explorarlo a través de su boca. Luego del *Estadio Oral*, el bebé debe atravesar un período más largo que Freud llamó *Estadio Anal*. Éste comprende desde el primer año de vida hasta los tres años aproximadamente. En este

¹³⁷ Sigmund Freud, *Más allá del principio del placer*, Tomo III, trad. López Ballesteros, (Buenos Aires: ed. Ateneo, 2003).

¹³⁸ René Spitz, *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*, trad. Pedro Bárcelo y Luis Fernández Cancela, (Madrid: Aguilar, 1972).

tiempo el bebé aprende a caminar y a controlar los esfínteres anales. Es un período largo en el cual los progenitores o tutores deben tener extremada paciencia para poder acompañar esta nueva organización corporal del bebé. Generalmente, cuando el niño y la niña logran hacer sus heces en el baño, los progenitores y tutores hacen una fiesta de alegría. Esto genera en el niño y la niña una sensación de aprobación ligada a su defecación. Este período es muy importante ya que, según explica Freud, coincide con un momento de fijación de los primeros recuerdos y adquisición de mayor consciencia yoica. Aparece el lenguaje y la auto-nominación.

A este estadio le seguirá, el *Estadio Fálico*, que comprende desde los tres a los seis años. En este momento, Freud describe que se desarrolla el complejo de Edipo. Complejo en el cual el niño y la niña descubren que la madre comienza a desear otras cosas aparte de él, para Freud el deseo se debe orientar hacia el padre pero en la actualidad pensamos que este deseo puede orientarse a cualquier actividad o persona que aparten a la madre de la simbiosis inicial con su bebé. En la actualidad, existe mucha literatura que reformula estos postulados freudianos para adaptarlos a las nuevas configuraciones familiares. No significa, que los niños y niñas hoy no atraviesen por este recorrido evolutivo, sino que el contexto en el que se adscriben es diferente a la época victoriana. En el *Estadio Fálico*, los pequeños y las pequeñas descubren sus propios genitales y los de sus progenitores, aparecen las primeras preguntas en relación a la anatomía y, también, aparecen las primeras respuestas culturales ofrecidas por sus progenitores. El modo en que empieza a nombrarse la corporalidad y la genitalidad, incidirá en la configuración que los menores hagan de sus propios cuerpos. En palabras de Preciado: “*el cuerpo es un texto socialmente construido*”.¹³⁹ Una vez atravesado el *Estadio Fálico*, el niño y la niña comienzan a transitar una etapa que Freud denominará, *Período de Latencia*. Éste comprende desde los seis a los doce años y coincide con el ingreso a la pubertad. En este período emergerán todos los aprendizajes desarrollados hasta ese momento, es una etapa de conformación de los mecanismos de defensa que acompañarán durante la adolescencia y es una etapa de marcada moralidad y reconocimiento de la ley. Es común oír a los progenitores decir que sus hijos e hijas nos les permiten saltarse un semáforo en rojo o realizar cualquier acción que se aparte de las pautas establecidas. En las religiones suele ser un período en el cual se realizan comuniones, confirmaciones, Bar Mitzvah,

¹³⁹ Beatriz Preciado, *Manifiesto contra-sexual*, 23.

Bat Mitzvah, etc. Para Freud, en este período el niño y la niña se encuentran tranquilos y están capacitados para aprender lo nuevo. Se interesan por la sociedad y la cultura. Se despierta la sensibilidad hacia el medio ambiente y las causas sociales. El *Período de Latencia* indica la transición hasta llegar a la adolescencia donde se establecerá el *Estadio Genital*. En esta etapa la libido reanuda su actividad y los intereses se hallan fuera de la familia. Aumenta el interés sexual y se da la maduración de órganos sexuales.

Esto se complejiza al pensar en el sujeto-psíquico del adolescente. La adolescencia, como todo fenómeno humano, sucede dentro de un marco socio-cultural que la condiciona. Es menester recordar los trabajos de Margaret Mead quien descubre que la adolescencia en Samoa no es una etapa evolutiva conflictiva, ya que los niños devienen en adultos sin atravesar crisis emocionales ni psicológicas.¹⁴⁰ Mead revela que la adolescencia es un fenómeno específico que ocurre dentro de un contexto social determinado y no corresponde a una etapa vital del ser humano. En otras palabras, la adolescencia como etapa de crisis aparece en muchas sociedades y culturas pero, en otras, el pasaje de la niñez a la adultez se resuelve mediante estrategias culturales que lo facilitan. En esta línea de análisis, es necesario destacar que los participantes de esta investigación están insertos en la sociedad occidental, cuyos mecanismos rituales para dar paso de la niñez a la adultez impresionan no ser tan determinantes. Por el contrario, en sociedades como la madrileña, puede observarse que los adolescentes atraviesan una etapa evolutiva que abarca un tiempo prolongado; frente a otras sociedades donde el pasaje a la adultez se realiza mediante ritos de paso que configuran culturalmente la organización simbólica de los cuerpos.

Para los psicoanalistas Arminda Aberastury y Mauricio Knobel en la adolescencia existe una circunstancia especial que obliga al sujeto a reformular la percepción de sí mismo lo que lo conduce a modificar la autoimagen infantil y a proyectarse en la adultez.¹⁴¹ Esta etapa de la vida donde el sujeto busca establecer su identidad adulta mediante el uso de elementos biofísicos del desarrollo, solo es posible si logra hacer el duelo por la identidad infantil perdida. Para Aberastury y Knobel este proceso de duelo es fundamental a fin de arribar a una “estabilización de la personalidad”, la cual no se logra si no pasa por una crisis que acarrea ciertos grados

¹⁴⁰ Margaret Mead, *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*, trad. Elena Dukelsky Yoffe (Barcelona: Planeta-Agostini, [1939] 1993).

¹⁴¹ Arminda Aberastury y Mauricio Knobel, *Adolescencia normal*, (México: ed. Paidós, 2010).

de conductas “patológicas”. Ante un mundo cambiante y un niño que se encuentra en un proceso de cambio es “normal” que éste no pueda conducirse dentro de los márgenes de la “normalidad” del adulto. El concepto de normalidad no es fácil de definir, ya que varía según el medio socioeconómico, político y cultural. Así, la normalidad se establece sobre pautas de adaptación al medio. Anna Freud señala que es difícil establecer el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera que este período debe ser entendido como normal, ya que sería anormal la presencia de un equilibrio sostenido durante todo este proceso.¹⁴² Algunos síntomas son susceptibles de ser encontrados en esta etapa pero no significa que en todos los púberes tengan que presentarse. Podrían señalarse algunos síntomas del sujeto-psíquico-adolescente:

- *Búsqueda de sí mismo y de la identidad*: la niñez y la adolescencia no deben ser vistas como una mera etapa de crisis, pues constituyen un momento vital para la organización corporal y psíquica de la identidad de la persona. Se puede decir que de ellas deviene el auto-concepto y se configura el esquema corporal. El auto-concepto se logra en la medida en que el adolescente se va desarrollando y va integrando las concepciones que acerca de él tienen las personas, los grupos y las instituciones. Por otra parte, el esquema corporal es la representación mental que el sujeto tiene sobre su propio cuerpo, por ello es importante el proceso de duelo con respecto al cuerpo infantil perdido. Aberastury expresa que el fin de asumir la genitalidad es la procreación, hoy podemos dar un giro y pensar que la asunción de la genitalidad tiene que ver con la posibilidad de vivir la propia sexualidad y que ello ya constituye un fin en sí mismo.

- *La tendencia grupal*: en la búsqueda de la identidad, el adolescente recurre a situaciones que se presentan como más cercanas en ese momento, como ser la uniformidad y la tendencia grupal. Ésta brinda seguridad y estima personal (pertenecer a una banda de rock, a un grupo de *gamers* o a un grupo anarquista). Ocurre aquí el doble proceso de identificación masiva en donde los miembros se identifican entre ellos, ya sea por atracción o rechazo. A veces el proceso es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible y el individuo pertenece más al grupo de coetáneos que al grupo familiar. No puede apartarse de la “banda”. Así, se transfiere

¹⁴² Anna Freud, *Normalidad y patología en la niñez. Evaluación del desarrollo*, (Buenos Aires: Paidós, [1965] 1973).

al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con los padres. El grupo posibilita la transición en el mundo externo para lograr la individuación adulta. Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse de la “banda” y asumir su identidad adulta. Por eso es que en el fenómeno grupal, el adolescente puede buscar un líder al cual someterse como desplazamiento de la figura paterna. El fenómeno grupal se rige por mecanismos psicopáticos “normales” pues son circunstanciales y transitorios, por ejemplo: el desafecto, la crueldad, la indiferencia, la falta de responsabilidad.

- *Necesidad de intelectualizar y fantasear*: la realidad se impone y el adolescente debe renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, lo que lo enfrenta con una vivencia de fracaso y de falta de control. Por ello recurre al pensamiento, a las fantasías inconscientes y a la intelectualización que le sirven como mecanismos defensivos frente a éstas situaciones de pérdida tan dolorosas. Esta huida al mundo interior permite un “reajuste emocional”, un aislamiento positivo en el que se da una preocupación por principios éticos, filosóficos y sociales. Surgen entonces las grandes teorías filosóficas, los movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etcétera. Aquí el adolescente puede comenzar a escribir versos, novelas, cuentos y se dedica a las actividades literarias, artísticas, etcétera.

- *La desubicación temporal*: el adolescente parecería vivir en proceso primario con respecto a lo temporal, es decir, las urgencias son enormes y las postergaciones son aparentemente irracionales. Es durante la adolescencia que la dimensión temporal va adquiriendo características discriminatorias. A las dificultades del adolescente para diferencias externo-interno o adulto-infantil se agrega la dificultad para distinguir presente-pasado-futuro.

- *La evolución sexual*: del autoerotismo a la alteridad. Aberastury y Knobel exponen que la evolución del adolescente va del autoerotismo a la heterosexualidad. Pero me atrevo a contradecir y ampliar el abanico de elección hacia una alteridad. Pasar de una posición auto-erótica a una posición “altero-erótica”, dónde el otro esté implicado y pueda ser tomado como sujeto de deseo. Este pasaje constituye uno de los cambios más significativos y difíciles que debe realizar el adolescente. Al ir asumiendo progresivamente su genitalidad, el adolescente inicia su búsqueda de otro en forma tímida pero intensa. Comienzan los contactos superficiales y luego las caricias son cada vez más profundas e íntimas. El primer episodio de enamoramiento

ocurre en la adolescencia y suele ser de gran intensidad. El popular “amor a primera vista” muchas veces no solo no es correspondido, sino que incluso puede ser ignorado por la persona “amada” (suele ser una persona idealizada, un actor de cine, una estrella del deporte, un profesor del bachillerato). Un número considerable de adolescentes realiza un acto sexual completo, de características genitales; pero éste tiene más un carácter exploratorio y de aprendizaje que un ejercicio genital adulto. En esta etapa surge la curiosidad sexual mediante la pornografía, el exhibicionismo o el voyerismo. Por lo que es necesario tener presente que se trata de una etapa de bisexualidad hasta la asunción de su identidad sexual más definida. La masturbación en la infancia tiene una finalidad exploratoria y preparatoria para la futura adaptación a la genitalidad; es una experiencia lúdica en la cual las fantasías edípicas son manejadas y modificadas en la pubertad y la adolescencia, aunque suelen, por esa razón, ser muy destructivas y cargadas de culpa más que en la infancia. Sin embargo, la masturbación debe ser considerada como un fenómeno normal y necesario de la adolescencia, ya que facilita la reorganización de las zonas erógenas y del esquema corporal.

- *Los otros*: para el psiquiatra francés Jacques Lacan la alteridad en un principio es de un orden imaginario y la escribe con minúsculas (a), para luego pasar en la vía de lo simbólico a un Otro (A). Lacan plantea que el eje imaginario puede llegar a ser un eje mortífero, ya que la identificación lejos de celebrar el una organización corporal, tal y como se da en el niño cuando se encuentra por primera vez en el espejo,¹⁴³ fragmenta al sujeto que solo advertirá de su cuerpo el abdomen, los glúteos, las manos, los ojos, etc. En la actualidad, el uso de redes sociales conduce a un proceso de identificación con esas identificaciones fragmentarias, el sujeto queda atrapado en la vía imaginaria sin posibilidad de organizar un discurso con el Otro dialéctico (A), ya que el otro solo es una imagen espectral (a). Desde esta perspectiva es posible decir que de esto enferman muchos adolescentes, de una dificultad de organizar un discurso subjetivo que haga frente al exceso imaginario.

- *Los padres*: muchas veces en los padres se produce lo que algunos autores han denominado “ambivalencia dual”, ya que la misma situación ambivalente que se presenta en los hijos al separarse de los padres, aparece en los padres al separarse de los hijos. Muchos padres se angustian y atemorizan frente al crecimiento de sus hijos,

¹⁴³ Jacques Lacan, *Escritos I*, trad. Tomás Segovia, 23º ed. (México: Siglo XXI, [1966] 2003), 86.

porque con ellos reviven sus propios conflictos. Aparece una separación progresiva de los padres: uno de los duelos fundamentales que tiene que elaborar el adolescente es el duelo por los padres de la infancia. No son ajenos los padres a las ansiedades que despiertan la genitalidad y el desprendimiento real. La evolución de la sexualidad depende en gran medida de cómo los mismos padres aceptan el desprendimiento de sus hijos.

- *Actitud social reivindicadora*: si bien la cultura condiciona las características exteriores del proceso, no todas las familias se comportan igual a pesar de pertenecer a una misma comunidad; ni siquiera las familias se comportan igual con cada uno de sus hijos. Por ello es necesario comprender los patrones culturales para que las pautas consensuadas puedan ser modificadas y utilizadas adecuadamente en el proceso evolutivo.

- *Contradicciones conductuales*: el adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces lo intenta y lo busca. Prima la acción.

- *Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo*: los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre los procesos de duelo por la pérdida de sus objetos parentales y su propio cuerpo infantil, al fallar sus intentos de elaboración aparecen los cambios de humor y pueden aparecer como “microcrisis”. También el cambio hormonal que experimenta tanto el niño como la niña es muy elevado y tiene sus consecuencias en estados anímicos muy variables.

Unido a este análisis sobre los cambios en la adolescencia es preciso recordar que nuestros participantes están insertos en la sociedad neoliberal del consumo, la cual no solo no facilita el pasaje de la niñez a la adultez sino que promueve ideales de belleza superyoicos que provocan ansiedad y frustración en el adolescente. Es por ello, que es indispensable delimitar al sujeto de esta tesis no solo como un sujeto-corporal y psíquico sino también como un sujeto-sociocultural y político.

c) Sujeto sociocultural y político

Los participantes de esta tesis doctoral se encontraban ingresados en una sala de psiquiatría de un hospital público de la Comunidad de Madrid por presentar trastorno de la conducta alimentaria. Al ser menores de edad y estar ingresados en una *institución total* sus progenitores pierden la tutela y pasan a ser tutelados por el

juzgado de menores, el cual semanalmente se reúne con los médicos y psicólogos del hospital para revisar los criterios del ingreso y velar por la integridad del menor. Esta instancia normalizada en salud mental tiene connotaciones sociopolíticas profundas, ya que recuerda a los progenitores que ellos no son los “dueños” de sus hijos sino que el Estado tiene la potestad de suspender la tutela de los padres en caso de considerar que esos menores puedan estar en peligro físico y/o emocional.

De esta manera, el ingreso en psiquiatría no es igual a otros ingresos hospitalarios en los cuales los progenitores continúan ejerciendo la tutela de los menores, sino que el ingreso en psiquiatría tiene otras implicaciones sociales y políticas donde los cuerpos no solo reciben un tratamiento sino que pierden la libertad.¹⁴⁴ En el siglo XXI los ingresos en España continúan siendo bajo puertas con llaves, con cámaras de seguridad, con contención física en caso de excitación psicomotriz e, incluso, pueden ingresar personas lúcidas de forma involuntaria. Es en este punto que la ley intenta proteger los posibles excesos que pueda cometer el poder psiquiátrico y envía semanalmente a un funcionario del juzgado a constatar el estado del paciente. Si bien, la hostelería de los hospitales psiquiátricos cambió sustantivamente en términos de higiene, hasta el día de hoy el ordenamiento estructural de los ingresos en psiquiatría siguen las directrices de los *dispositivos disciplinarios* del siglo XIX.

En el hospital donde se realizó el trabajo de campo los programas específicos de TCA siguen la teoría cognitivo-conductual que obvia cualquier tipo de variable externa interviniente como ser la social, la familiar, la cultural o la política para plantear protocolos por objetivos concretos tales como: “la enseñanza del modo en que tienen que comer”, “la aceptación de comer con ganancia de peso”, “el respeto por las horas de sueño”, “horarios pautados de comida y digestión”, “control total de ingesta de líquidos”. Es en estos términos que considero que la teoría cognitivo-conductual refuerza la dinámica del *dispositivo disciplinario* y acaba por descuidar lo subjetivo, lo sociocultural y lo político del sujeto ingresado. Sabemos que es indispensable el tratamiento interdisciplinario dónde el médico clínico pueda abordar las descompensaciones orgánicas pero no debe descuidarse que en psiquiatría muchas veces la etiología de los conflictos psíquicos y emocionales pueden deberse a situaciones familiares, sociales, culturales o políticas que atraviese el sujeto. Por ello,

¹⁴⁴ Erving Goffman, *Estigma. La identidad deteriorada*, 1º ed. 10ª reimpr. (Buenos Aires: Amorrortu Editores, [1963] 2006).

de ningún modo puede haber un reduccionismo cartesiano del sujeto porque, como ya se dijo, el sujeto es un cuerpo-parlante.

Este reduccionismo del ser humano en los protocolos clínicos no fue advertido por la investigadora durante los primeros seis meses de intervención en el campo, sino que requirió de una profunda relectura teórica que brindara un posicionamiento crítico sobre el quehacer clínico. De esta manera, la categoría de análisis que se desarrolla en este apartado no fue aislada en un primer momento ni tomada en cuenta para la confección de las actividades. Fue a través de la experiencia clínica y del trabajo de relevamiento teórico que se pudo advertir la verdadera necesidad de reconocer a los sujetos desde lo social, lo cultural y lo político. Comprender que el contexto puede ser nocivo para el desarrollo del paciente, que la cultura puede imponer formas estereotipadas de conducta que vulneran al sujeto en su capacidad de subjetivación y que la política organiza los cuerpos-parlantes, es uno de los desafíos éticos de la *transclínica*. Así, se profundiza la diferencia entre la *transclínica* y la clínica porque, al incorporar al tratamiento las dimensiones socioculturales y políticas, se conduce a los pacientes a una posición de responsabilidad y de entendimiento en relación a sus dolencias. A modo de ejemplo se puede pensar el caso de una joven de origen marroquí cuya familia era musulmana ortodoxa. La participante tenía 16 años de edad y aún no había tenido la primera regla motivo por el cual todavía no le era obligatorio llevar velo. Es necesario aclarar que en el trastorno de la conducta alimentaria uno de los criterios diagnósticos principales en las mujeres es presentar amenorrea.¹⁴⁵ En el trabajo teatral se pudo observar como la participante ansiaba realizar actividades que para las adolescentes de origen español son acciones comunes, por ejemplo: “salir con amigas”, “teñirse el pelo de colores”, “usar pendientes”, “ir a los conciertos de su cantante favorita”, “tomar la primera cerveza”, etc. El teatro reveló una interminable lista de deseos que la participante anhelaba realizar. Es por este motivo que resulta imprescindible no perder la categoría de lo sociocultural y político porque de lo contrario el tratamiento clínico queda reducido a parámetros estadísticos de normalización. Evaluar el síntoma objetivado de “desnutrición”, sin contemplar las otras tramas que se inscriben en su cuerpo, es descuidar que este síntoma le permite a la paciente perpetuar una instancia de igualdad imaginaria frente a las adolescentes de su edad. Por ello, el dilema ético que se establece obliga a pensar que si solo se

¹⁴⁵ Término médico para designar la ausencia de menstruación de por lo menos tres períodos consecutivos.

atienden los signos objetivados de la enfermedad es posible perder el entramado social en el que la paciente se encuentra. Dejarla sin recursos para gestionar su adolescencia como una joven musulmana en un país aconfesional es un acto poco terapéutico. Quizás para esta adolescente ser mujer no es la instancia mensual de tener la regla, sino la posibilidad diaria de poder vincular con adolescentes de su edad. Hacer una lectura política nos conducirá a trabajar estos hilos subyacentes en la paciente y en la relación con su familia. Urge deconstruir la clínica para dejar de ver en la paciente una joven anoréxica y poder ver el tejido sintomático que presenta. Es imprescindible comprender que el aparato de verificación científico-técnico, que regula los cuerpos en la actualidad, puede llegar a ser tan dogmático como las propias religiones. El conflicto en esta participante debe ser pensado en términos socioculturales, políticos y religiosos para abandonar el reduccionismo psíquico. Para ello, es necesario modificar las posiciones de enunciación de la clínica porque el acto de “ganar peso” puede llegar a ser experimentado como un acto violento. La vía es encontrar otras posibilidades de enunciación de esta paciente frente a su propia comunidad con el fin de que pueda organizar recursos más saludables. En palabras de Paul B. Preciado:

La identidad sexual no es la expresión instintiva de la verdad pre-discursiva de la carne, sino un efecto de re-inscripción de las prácticas de género en el cuerpo. El problema del llamado feminismo constructivista es haber hecho del cuerpo-sexo una materia informe a la que el género vendría a dar forma y significado dependiendo de la cultura o del momento histórico.¹⁴⁶

Así, el teatro en esta tesis doctoral es pensado como una capacidad de circular por los ejes simbólicos de los discursos que se inscriben en el cuerpo. Pensar al espacio del teatro y a los participantes desde dimensiones políticas permite habilitar un recinto donde circulen los cuerpos, la palabra y la acción para que sea posible una re-inscripción singular, colectiva y dinámica en el sujeto.

Tercer elemento del dispositivo de la tramoya: la catarsis

La catarsis es un elemento fundamental para comprender el accionar *transclínico*, ya que desde su origen Aristóteles define a la catarsis como un mecanismo que permite el aprendizaje colectivo y la conducción de las pasiones. Así, en el libro *La poética*, Aristóteles puntualiza sobre la tragedia como la imitación

¹⁴⁶ Beatriz Preciado, *Manifiesto contra-sexual*, 25.

(*mimēsis*) de las acciones de los hombres y de los dioses con el fin de generar una identificación en los espectadores y producir una purgación (*catharsis*) emocional.

Es, pues, la tragedia imitación de una acción esforzada y completa, de cierta amplitud, en lenguaje sazonado, separada cada una de las especies en las distintas partes, actuando los personajes y no mediante relato, y que mediante compasión y temor lleva a cabo la purgación de tales afecciones.¹⁴⁷

De esta manera, Aristóteles entiende a la catarsis como la purificación de lo anímico. A lo largo de la historia, esta demarcación lejos de limitar el concepto provocó un estallido semántico que acabó utilizándose tanto para los fenómenos morales como para los fenómenos médicos.¹⁴⁸ La catarsis en el teatro y en la medicina es una acción dirigida a un otro, otro que soporta la escena montada, que aloja ese contenido.

En la historia de la medicina la idea de la catarsis acompañó muchas propuestas de curación a través de la liberación de las afecciones. Desde las teorías humorales de Hipócrates hasta algunas propuestas terapéuticas en la actualidad, se utiliza la catarsis como un mecanismo necesario para el tratamiento de las enfermedades mentales con el fin de facilitar el restablecimiento del equilibrio en el paciente.

En el campo teatral el concepto aristotélico de catarsis sufrió una transformación con el paso del tiempo, ya que numerosos dramaturgos reflexionan sobre su funcionamiento y el maridaje que se establece entre los protagonistas y el público. Para Diderot los actores son catalizadores de la emoción con el objetivo de imprimirla en los cuerpos de los “sujetos pasivos”. Así, el contrato establecido en la taquilla deja sin opción al público, quien recibe el impacto de la acción:

Una vez descalzado el zueco o el coturno, su voz se apaga, siente una extrema fatiga, y se va a mudar de ropa o a acostarse. Pero no queda en su alma ni turbación, ni dolor, ni melancolía, ni depresión. Sólo el espectador abandona la sala con esas impresiones. El actor queda con la fatiga y el

¹⁴⁷ Aristóteles, *La poética*, trad. trilingüe Valentín García Yebra, 1º ed. 1979, (Madrid: ed. Gredos, 1999), 145.

¹⁴⁸ Friedrich Wilhelm Nietzsche, *El nacimiento de la tragedia o Grecia y el pesimismo*, trad. Andrés Sánchez Pascual (Buenos Aires: Ed. Alianza Editorial, 2007).

espectador con la tristeza; aquél se fatigó sin sentir nada, y éste ha sentido pero sin fatiga.¹⁴⁹

En el siglo XX algunos autores como Bertolt Brecht analizan los efectos emocionales de sus obras teatrales y proponen abandonar en ellas la dimensión *psicagógica* de la catarsis aristotélica, la cual pretendía conducir el alma a una determinada experiencia emocional. Brecht, por el contrario, propone activar al espectador en su capacidad racional para favorecer la distancia al entramado discursivo de los protagonistas. Brecht rompe con Aristóteles y propone un distanciamiento en la representación teatral que no persigue la identificación del público con los protagonistas sino su alejamiento. Juega con sus personajes y muestra su carácter más humano. Así, la emocionalidad suscitada por los actores no pretende la identificación con ellos, porque ¿quién podría conscientemente identificarse con *Madre coraje*?¹⁵⁰

El rechazo de la identificación no proviene de un rechazo de las emociones y tampoco conduce a él. Es precisamente tarea de la dramática no aristotélica demostrar que la tesis de la estética vulgar, según la cual las emociones sólo pueden desencadenarse por la vía de la identificación, es errónea. Sin embargo, una dramática no aristotélica ha de someter a una crítica cuidadosa las emociones condicionadas por ella y encarnadas en ella.¹⁵¹

La propuesta de Brecht es disruptiva porque no solo rompe con los presupuestos aristotélicos sobre el sentido de la tragedia y su intención pedagógica, sino que también es opuesta a los presupuestos modernos de la industria cultural. Su teatro interpela al séptimo arte y señala la banalización del dolor humano a través de una búsqueda constante de su integración. En esta línea, Theodor Adorno sostiene que la catarsis aristotélica está anticuada porque responde a la mitología del arte.¹⁵² Para Adorno la catarsis derivó en un mecanismo que controla y regula el dolor a fin de homogenizar el sentir de los sujetos y convertir el mensaje de una obra en un

¹⁴⁹ Denis Diderot, *La paradoja del comediante*, trad. Luis Hernández Alfonso (Madrid: Aguilar, 1964), 47.

¹⁵⁰ *Madre coraje y sus hijos* es una obra escrita por Bertolt Brecht en 1939 que narra la historia de una mujer que saca partido de la guerra a través del engaño a cristianos y protestantes, para ello no duda en utilizar a sus hijos.

¹⁵¹ Bertolt Brecht, *Escritos sobre teatro*, trad. Genoveva Dieterich (Barcelona: ed. Alba, 2004), 21.

¹⁵² Theodor W. Adorno, *Teoría estética*, trad. Jorge Navarro Pérez (Madrid: Akal, [1970], 2004), 389.

producto. Al respecto la filósofa argentina Silvia Schwarzböck realiza un singular análisis:

Si el sufrimiento está ya incorporado como un porcentaje en los productos de la industria cultural, es porque ella puede controlarlo, aunque sea bajo el régimen de la catarsis. Pero si la convivencia con el dolor llega a ser armónica de la manera en que la industria cultural quiere que sea (esto es, no de la manera nietzscheana, para hacer más intensa la vida, sino de la manera en que Adorno cree que Hollywood la fomenta, como aceptación de la omnipotencia de la sociedad) es porque nunca se ha llegado a la verdadera individuación, porque lo que existe es una *pseudoindividuación*.¹⁵³

El vaciamiento de *dolor* que sufrió el cine si bien, hizo mella en el teatro, lo convirtió en un recinto exclusivo para lograr el encuentro con el Otro. El teatro en la actualidad se convirtió en acción disidente porque aparta al sujeto de la comodidad que le brinda el sofá y Netflix. Ir a ver una obra dramática interpela porque obliga al espectador a no estar tranquilo en la butaca del teatro y a tolerar la incomodidad de ser cuestionado por los actores. Es por ello, que en la presente tesis doctoral la intención es conjugar la polisemia del término de catarsis para poder intervenir en el orden clínico a través del teatro. La catarsis en esta investigación se obtiene gracias a no controlar del dolor y de su expresión sin censuras a través del dispositivo de la *tramoya*. Así, la *transclínica* sigue las lógicas brechtianas de no conducir el teatro por la vía imaginaria de la identificación sino que propone abandonar el eje imaginario para ubicar al sujeto-actuante como un sujeto de discurso. La *transclínica* es una vuelta al orden simbólico lacaniano pero no solo desde la palabra, sino también desde la corporalidad que la habita. De esta manera, si bien la intervención de la *tramoya* es de carácter colectivo, incide peculiarmente en lo singular. En el sujeto.

Cuarto elemento del dispositivo de la tramoya: el público

Muchos autores dramáticos reflexionan sobre la dimensión del público como elemento fundamental para el destino de la acción y el texto. Los espectadores encarnan la finalidad de la puesta en escena del acto teatral, ya que esta acción configura al teatro como todo un género dentro de la literatura. La diferencia del arte dramático frente a otros géneros literarios reside en que el autor que escribe teatro lo

¹⁵³ Silvia Schwarzböck, *Adorno y lo político*, (Buenos Aires: Prometeo, 2008), 248.

hace para un público. En los otros géneros literarios, el narrativo y el lírico, la escritura está dirigida para el encuentro íntimo entre el escritor y el lector que se hallan en temporalidades y espacios diferentes. Allí, el escritor narra para un lector que se convierte en un *horizonte de expectativas*. Sin embargo, en el arte dramático la “textualidad” encarnada en los actores organiza otro espacio y otro tiempo. El receptor es un testigo de la co-creación de las autorías, las actuaciones y la dirección. De esta manera, es imposible pensar al teatro sin un público, porque el arte dramático ostenta su capacidad particular de ser arte colectivo.

¿Puede el teatro existir sin trajes y sin decorados? Sí.

¿Puede existir sin música que acompañe al argumento? Sí.

¿Puede existir sin iluminación? Por supuesto.

¿Y sin texto? También, la historia del teatro lo confirma. En la evolución del arte teatral, el texto fue uno de los últimos elementos que se añadieron [...]

Pero, ¿puede existir el teatro sin actores? No conozco ningún ejemplo de esto, quizá pudiera mencionarse el espectáculo de títeres. Pero aun así puede verse al actor detrás de las escenas, aunque se trate de otro tipo de teatro.

¿Puede el teatro existir sin el público? Por lo menos se necesita un espectador para lograr una representación. Así nos hemos quedado con el actor y el espectador. De esta manera podemos definir al teatro como lo que sucede entre el espectador y el actor”.¹⁵⁴

Sin un público al que se destine la acción dramática, el ejercicio teatral quedaría reducido a una propuesta lúdica y no a un proyecto artístico. Así, el público es un elemento imprescindible para cumplir los objetivos asignados al dispositivo de la *tramoya*, porque encarna *la otredad* que posibilita el trabajo *transclínico*.

Es la ausencia fundamental del espectador y autor lo que distingue radicalmente al juego del arte. El juego no presupone, desde el punto de vista de los mismos jugadores, a un espectador que se encuentre fuera del juego, y para el cual se realizaría la totalidad del acontecimiento representado por el juego: y en general, el juego no representa nada, sino que imagina.¹⁵⁵

La *transclínica* sigue los lineamientos de la teoría lacaniana en cuanto a la construcción del sujeto a partir de un Otro. Este Otro, con mayúsculas, facilita la

¹⁵⁴ Jerzy Grotowski, *Hacia un teatro pobre*, 27.

¹⁵⁵ Mijaíl Mijáilovich Bajtín, *Estética de la creación verbal*, trad. Tatiana Bubnova, 10º ed. (México: Siglo XXI editores, 1999), 72.

participación del sujeto en la dialéctica del lenguaje para conseguir su ingreso a la cultura y a la sociedad. De este modo, la *transclínica* abraza esta premisa psicoanalítica y considera fundamental abandonar en la clínica la vía mortífera de lo imaginario para organizar un tratamiento desde el orden simbólico, con el fin de que los pacientes puedan construir un discurso y alojarse en él. La vía mortífera de lo imaginario hace referencia al exceso de imagen y a la falta de la palabra en las terapias. Lo especular no aloja la angustia de la existencia sino que lanza al sujeto a la exigencia de vivir de acuerdo a las *tecnologías de la positividad*. Es así como en esta tesis doctoral, el público encarna a ese gran Otro lacaniano que posibilita la recepción del malestar, que tolera la catarsis de los actores y es capaz de elaborar brechtianamente los contenidos de la obra. Es menester señalar que el trabajo del dispositivo de la *tramoya* es delimitar al público para quien está dirigida la acción teatral. De esta manera, los pacientes construyen las obras de cara a un público específico: *los médicos*. Las obras que montan los participantes no siempre acaban por ser representadas debido a la celeridad de los tiempos del ingreso. Por ello, hay dos tipos de público en el dispositivo de la *tramoya*: un *público real* y un *público tácito*. El *público tácito* es aquel que está presente en la construcción de la obra desde el inicio, su función es ser un Otro que organice desde el orden simbólico las tramas de los participantes. Así, fue que se advirtió un carácter de denuncia en las puestas en escena donde emergió el malestar de los pacientes. En ocasiones las propuestas que realizan los pacientes de psiquiatría presentan cierto rasgo de nihilismo y desesperanza frente al mundo injusto en el que les toca vivir; la depresión y el suicidio son temas que pueden aparecer en las tramas escritas por ellos. Lo llamativo es que realizan una criba de las obras según el público al que deben presentar su trabajo. Si bien, los destinatarios oficiales suelen ser los médicos tratantes en una ocasión se produjo una obra para ser presentada frente a niños ingresados en el servicio de oncología, el cambio de destinatario produjo efectos en los contenidos representados. Ningún participante se atrevió a personificar la muerte voluntaria frente a otros niños que sufren una enfermedad terminal. De este modo, el dispositivo de la *tramoya* facilita la expresión del malestar de los pacientes en un espacio organizado para la escucha clínica.

Quinto elemento del dispositivo de la tramoya: *la dirección transclínica*.

La definición de este apartado conllevó cierta dificultad metodológica durante los primeros meses del trabajo de campo, ya que fue en este período donde se advirtió la importancia del rol que ejerce *la dirección transclínica* en el *microespacio temporal*. De esta manera, comprender el rol de la *dirección transclínica* como un agente activo dentro de los talleres de teatro configura un marco de investigación radicalmente distinto al modelo seguido por las ciencias médicas, donde generalmente el investigador es aislado de la variable interviniente con el fin de pausar su subjetividad. Sin embargo, en esta tesis el bagaje de la investigadora cumple un papel fundamental en el entramado metodológico. Los roles sociales y culturales con los que se presenta la investigadora al trabajo de campo no pueden ser obviados si se pretende un análisis honesto de los datos recabados. En esta línea, los antropólogos Honorio Velasco y Ángel Díaz de Rada plantean:

En términos de la práctica metodológica todo esto implica que el investigador nunca trabaja sólo como investigador, trabaja también como vecino, como amigo, como desconocido, como hombre o mujer, como occidental, europeo, español..., como profesor o escritor, como aliado, como enfermero, como mano de obra, como transportista, como administrativo... y con otros papeles que él se haya forjado o que le haya conferido el grupo que analiza y con el que convive.¹⁵⁶

De este modo, puede decirse que si bien el trabajo de campo de esta investigación atravesó muchas dificultades metodológicas, uno de los mayores desafíos científicos fue organizar la figura de la investigadora. Definir este rol es complejo porque no cuenta con una posición institucional. Ni siquiera la investigadora, al principio del trabajo de campo, consideraba que su rol era importante para la investigación. Su imagen siempre estuvo teñida de imaginarios periféricos al orden institucional; esto puede advertirse en las descripciones que el personal sanitario expresaba cada miércoles cuando la investigadora se aventuraba a la sala de psiquiatría para recoger a los participantes para ir al teatro: “*ahí viene la niña que hace teatro*”, “*la amiga de la responsable de actividades lúdicas*”, o el más geográfico “*allá está la argentina, ¿viste?*” En un esfuerzo por sujetar la profesionalidad y no ceder ante ese magma de identificaciones, la que suscribe efectuó

¹⁵⁶ Honorio Velasco y Ángel Díaz de Rada, “El trabajo de campo”, en *La lógica de la investigación etnográfica, Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*, (Madrid: Ed. Trotta, 1997).

la primera mitad del trabajo de campo con su antigua bata de residente a efectos de ser un talismán mágico que permitiera sostener un semblante agrietado de terapeuta. Con el pasar del tiempo los celadores encargados de la disciplina de la sala dejaron de asistir a las sesiones de teatro relegando la vigilancia de los menores en el personal de actividades lúdicas. Así, se logró consolidar el *microespacio temporal* y, junto a él, la investigadora acabó por ser un agente que no generaba preocupación al personal sanitario. Esto proporcionó mayor libertad al espacio, ya que los participantes ingresaban a un orden simbólico de auto-regulación sin necesidad de un control externo. En esa línea la investigadora también pudo aliviar la exigencia disciplinaria y comenzó a jugar desde cierta multiplicidad de roles, como ser: *psicóloga, argentina, mujer, facilitadora, la que permite decir todo lo que se piensa*, etc. A partir de ese momento, las intervenciones terapéuticas se configuraron hacia la comprensión de los participantes como sujetos *corporales, psíquicos, socioculturales y políticos*. Así, nació la *transclínica*. Clínica que remueve pero libera, que punza pero no hiere.

La *poética transclínica* es una poética de la liberación: el participante ya no delega el poder en el dispositivo disciplinario del ingreso a psiquiatría, ni en los médicos para que piensen que es lo más conveniente para ellos sino que los participantes ¡piensan y actúan por si mismos! Parafraseando a Jerzy Grotowski:

Creo que estamos tratando aquí con un “arte” del oficio que es imposible de reducir a una fórmula y que no puede aprenderse simplemente. De la misma manera en que un médico cualquiera no puede ser necesariamente un buen psiquiatra, no todos los productores logran tener éxito en esta forma de teatro. El principio que debe aplicarse como pauta y como advertencia es el siguiente: “*primun non nocere*” (“primero que nada no causar daño”).¹⁵⁷

El rol de la investigadora implicó una posición ética desde donde se sostuvieron las escenas obscenas y, a la vez, se realizaron cortes terapéuticos en el tejido discursivo de los participantes. La construcción de este rol ha sido posible por la interacción cotidiana de la investigadora con los pacientes ingresados en psiquiatría y por un estudio sistematizado de la clínica y del arte dramático contemporáneo. Así, el *microespacio temporal* donde se aplica el dispositivo *transclínico* de la *tramoya* es un constructo creado por la investigadora. No es un espacio regular de la institución. No

¹⁵⁷ Jerzy Grotowski, *Hacia un teatro pobre*, 42.

es una práctica social, sino que es una actividad alimentada por la investigadora y por el equipo de la Asociación Creando, liderado por Eva Maestre Casas.

De este modo, si el dispositivo *transclínico* de la *tramoya* convoca a los participantes a narrar con sus cuerpos, la función de la *dirección transclínica* es favorecer ese espacio de seguridad simbólica para que aparezcan los contenidos abyectos que quedan fuera de las dictaduras tecno-positivas de las terapias actuales. El teatro empleado como dispositivo *transclínico* permite ejercer una voluntad de obscenidad, de mostrar lo que no se quiere escuchar y no se puede ver. Es así como, el teatro para esta investigación es instrumento de verdad subjetiva, es una parresia.

En este punto se establece un paralelismo con la propuesta moreniana del teatro de la espontaneidad, en el cual los narradores pueden contar historias propias sin mayor censura que la que impone el grupo y los actores pueden expresar libremente con sus cuerpos. En palabras de Moreno:

Una de las funciones del teatro de la espontaneidad es la de dedicarse a proteger estas obras de arte malogradas. Es el refugio de los hijos indeseados, pero por así decirlo, de aquellos hijos que no quieren vivir más que una vez. No promete la inmortalidad; lo que ofrece más bien es el amor a la muerte.¹⁵⁸

De esta manera, el teatro permite ingresar a un universo simbólico para ofrecer vías de significación y re-significación que sujetan la desdicha y el malestar. Todo lo narrable cabe en el teatro. Lo efímero del teatro es mortal, no se vuelve a ver nunca la misma obra, pero es necesario aclarar que las muertes teatrales no afectan a los cuerpos sino a los sujetos.

En la plaza de toros, el toro muere de verdad y el torero puede también morir de verdad. En el teatro no se muere sólo imaginariamente, como en la literatura (la muerte como un fenómeno encerrado en la mente del espectador), sino real y aparentemente (se *percibe* como si fuera una muerte real), pero no se muere de verdad, como se puede morir en una plaza, sino fingidamente.¹⁵⁹

Es a partir de este “fingidamente” que se pueden construir historias que narren la complejidad emocional que atraviesan los participantes al estar ingresados en una

¹⁵⁸ Jacob Levy Moreno, *El teatro de la espontaneidad*, 86.

¹⁵⁹ Santiago Trancón, *Teoría del Teatro: bases para el análisis de la obra dramática*, (Madrid: Ed. Fundamentos, 2006), 101.

institución. La posibilidad narrativa que se teje en el *microespacio temporal* es rescatada por la investigadora para poder realizar un tejido que hilvane las tramas propuestas por los participantes. Esto es posible de ser advertido gracias a la implementación del método etnográfico, dicen Honorio Velasco y Ángel Díaz de Rada:

Tal vez radique en esto la “magia del etnógrafo”: en la transformación de una masa caótica de datos producidos en el transcurso de la interacción diaria con los nativos, convertida finalmente en un discurso coherente y unitario, en el que cada dato no sólo encaja en un segmento apropiado del discurso sino que va mostrándose multirreferido a los demás hasta conseguir presentar una cultura como un todo.¹⁶⁰

Es así como, esta tesis doctoral es un tejido discursivo de una narración unificada por la investigadora que se aparta de la lógica positivista, la cual persigue la cuantificación y objetivación de los beneficios que brinda el teatro dentro de un ingreso a psiquiatría. Al abandonar la asepsia con la que trabaja el médico bajo los dictámenes de las ciencias positivas se da paso a un modelo etnográfico que contempla la subjetividad del investigador bajo la figura del *observador participante*.

¹⁶⁰ Honorio Velasco y Ángel Díaz de Rada, “El trabajo de campo”, 12.

PARTE III

Metodología

Hipótesis

La implementación del dispositivo *transclínico* de la *tramoya* favorece la construcción del sujeto-parlante dentro del tratamiento psiquiátrico a pacientes de 8 a 18 años diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) ingresados en la sala de psiquiatría de un hospital público de Madrid.

Identificación de las variables

Independiente

- Implementación del dispositivo *transclínico* de la *tramoya* dentro del tratamiento psiquiátrico.

Dependiente

- La construcción del sujeto-parlante en pacientes entre 8 y 18 años diagnosticados de TCA ingresados en la sala de psiquiatría de un hospital público de Madrid.

Definición conceptual de las variables

Independiente

- El dispositivo *transclínico* de la *tramoya*: la ejecución de la *tramoya* como dispositivo *transclínico* está basada en la exploración del escenario de manera individual y grupal; la manipulación de objetos y la interpretación de los textos creados por los participantes. Se entiende por dispositivo *transclínico* a la construcción de un espacio de arte dramático dentro del tratamiento de ingreso psiquiátrico para TCA. En esta tesis doctoral cuando se habla de tratamiento psiquiátrico para TCA, se hace referencia a las terapias ofrecidas por el hospital donde se trabajó. Este dispositivo de la *tramoya* se inserta en el contexto hospitalario de psicología en el que se aplica una terapia cognitivo

conductual con las siguientes instancias: establecimiento de un esquema de medicación; organización de una dieta para la ingesta controlada de alimentos; asistencia de enfermería las 24 horas; ingreso a puerta cerrada; visita diaria del psiquiatra coordinador del tratamiento; control de peso diario; asistencia escolar por parte de maestros especializados; actividades recreativas puntuales, reunión semanal con los progenitores o tutores y seguimiento judicial.

Dependiente

- Construcción de un sujeto-parlante: en esta tesis se comprende al participante como un *sujeto-parlante*, es decir, como un *sujeto corporal, psíquico, socio-cultural y político*. Se concibe aquí por construcción del sujeto-parlante a la finalidad *transclínica* de organizar un discurso escénico que permita el encuentro colectivo del participante con Otros. El dispositivo de la *tramoya* facilita que los participantes expresen a viva voz sus propias tramas narrativas imbricadas en sus cuerpos. Para la construcción del sujeto-parlante el participante utiliza su cuerpo como vehículo capaz de interpretar historias; se apropia del escenario mediante ejercicios corporales; tolera las miradas de los compañeros y toma conciencia de los movimientos efectuados desde el propio cuerpo. El sujeto-parlante es un sujeto colectivo, es la instancia que supera el posicionamiento del participante como paciente, ya que lo organiza gregariamente.

Tipo y nivel de investigación social

Esta tesis sigue los lineamientos metodológicos de la investigación social según la propuesta de Sierra Bravo.¹⁶¹ A continuación se exponen los alcances de los fenómenos sociales a fin de realizar un adecuado análisis de los datos:

- Según su alcance temporal: el trabajo de campo se desarrolló durante los cursos académicos que comprenden desde febrero de 2014 a julio de 2018.
- Según su profundidad: es explicativa, pues se analiza la participación de los pacientes ingresados en psiquiatría que asistieron a las sesiones de arte dramático del hospital.

¹⁶¹ Restituto Sierra Bravo, *Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios*. 7º ed. (Madrid: ed. Paraninfo, 1991), 33.

- Según su amplitud: si bien esta tesis busca conocer en un *microespacio temporal* las respuestas ofrecidas por los participantes dentro del dispositivo *transclínico* de la *tramoya*, se puede realizar un análisis macro para pensar qué dispositivos *transclínicos* requieren otras poblaciones que pertenecen a *espacios-otros*.
- Según su fuente: esta investigación se basa en fuentes primarias y secundarias, ya que se fundamenta en teorías consolidadas. Su riqueza versa el entramado discursivo singular que se logra a través de autores y autoras de diversas disciplinas tales como la psicología, el psicoanálisis, la psiquiatría, la sociología, la antropología, la filosofía y el arte dramático. Los autores y las autoras principales seguidas en el Marco Teórico según orden alfabético son: Anna Freud, Anna Ubersfeld, Antonin Artaud, Aristóteles, Arminda Aberastury, Byung-Chul Han, Constantin Stanislavski, David Le Breton, Erving Goffman, Gabriela Cordone, Georges Didi-Humberman, Giorgio Agamben, Jacob Levy Moreno, Jacques Derrida, Jacques Lacan, Jerzy Grotowski, Judith Butler, Marco Antonio de la Parra, Michael Foucault, Patrice Pavis, Paul. B. Preciado, Peter Brook, Pierre Bourdieu y Sigmund Freud.
- Según su carácter: esta investigación es de tipo cualitativa porque se realizan interpretaciones sociales, clínicas, políticas y artísticas de los datos obtenidos en el trabajo de campo con pacientes ingresados en psiquiatría.
- Según su naturaleza: es experimental, ya que se realiza manipulación de variables. Se identifica y se observa la influencia que la variable independiente presenta dentro de un contexto de ingreso en psiquiatría.

Diseño

Este es un estudio de tipo descriptivo y etnográfico de intervención en el campo a través de la recolección empírica y la observación participante. Para ello, se analizan los elementos y las características de la unidad de análisis mediante el enfoque de proximidad del sujeto investigador en su rol de investigador y de coordinador de la actividad.

Limitaciones

- Una de las principales limitaciones fue la *fluctuación de la población* con la que se trabajó. Los ingresos en psiquiatría son breves y el máximo de tiempo que puede estar un paciente ingresado son tres meses.
- Debido a la condición de ingreso psiquiátrico no se pudo contar con *el registro audiovisual* de la implementación del dispositivo de la *tramoya*. Solo se cuenta con el registro observacional de la investigadora.
- El trabajo escénico estuvo condicionado por dos variables contextuales:
 - La medicación administrada durante el ingreso que podía alterar la atención y la psicomotricidad.
 - El momento destinado para la actividad coincidía con el horario de la siesta. Esta situación en un principio provocaba malestar pero luego se transformaba en un acto transgresor a las normas del ingreso.

Población y Muestra

Se llama participantes a la población de pacientes que asistió, durante el período 2014 y 2018, a los talleres de teatro con edades comprendidas entre 8 y 18 años ingresados en el servicio de psiquiatría de un hospital público de la Comunidad de Madrid por presentar diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. Se entiende que un paciente presenta Trastorno de la Conducta Alimentaria cuando cesa la ingesta de alimentos o bien manipula los alimentos por miedo intenso a ganar peso, llegando a poner en riesgo su propia vida. Este tipo de trastorno está unido a una marcada distorsión de la imagen corporal. En las mujeres uno de los criterios principales de diagnóstico es la retirada de la regla por un período mayor de tres meses.

Para asistir a los talleres los pacientes debían cumplir con dos criterios fijados por la institución: ser autorizados de forma escrita por el psiquiatra tratante y haber alcanzado un Índice de Masa Corporal¹⁶² superior a 17.¹⁶³ No todos los pacientes ingresados durante los años 2014 y 2018, período en el que se realizó el trabajo de campo, han cumplido con los criterios propuestos por la institución para ser derivados

¹⁶² Gonzalo Morandé, *La anorexia*, 173.

¹⁶³ Criterio pautado por la institución donde se realizó el proyecto. El criterio sigue los lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud según el Estudio Aladino 2015 para el “Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España”, disponible on-line: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf

al espacio. Han acudido a la actividad un total de 236 participantes y en el registro de la actividad nunca se presentó una situación conflictiva de autolesiones, riesgo de fuga, peleas entre los pacientes o cualquier acción que pudiera poner en riesgo la integridad de los participantes o la continuidad del proyecto.

Durante los cuatro años de trabajo de campo se realizaron un total de 160 sesiones. Si bien, todas ellas fueron registradas, para el análisis de los datos se eligieron 8 escenas seleccionadas mediante el método aleatorio y el registro etnográfico.

Unidad de Análisis: *la Escena*

En la presente investigación se diseñó el dispositivo *transclínico* de la *tramoya* para poder realizar una adecuada intervención en población psiquiátrica infantil hospitalizada. El dispositivo contempla las necesidades específicas de la población a fin de efectuar una labor adaptada a las necesidades de los agentes intervinientes. Llamo al dispositivo *tramoya* profana porque tiene como objetivo trabajar con los participantes no solo desde los cánones estéticos formulados por la disciplina dramática, sino también desde la cosmovisión *transclínica* que contempla lo corporal, lo psíquico, lo socio-cultural y lo político. En la construcción del dispositivo se reflexionó sobre el *microespacio temporal* donde emergen los contenidos narrados por los participantes; por ello, para poder evaluar la incidencia del dispositivo *transclínico* de la *tramoya* es necesario establecer los límites que organizan la unidad de análisis de esta tesis: *la escena*. Así, la escena es la unidad básica a la que se puede arribar para el estudio cualitativo de los datos, ya que es un constructo artificial que posibilita aislar las variables para investigar los efectos de la teoría *transclínica*. Es un laboratorio del lenguaje y sus usos, es un corte transversal en el continuum del tratamiento psiquiátrico ortodoxo. Este recorte temporal-espacial es la unidad de análisis de la presente investigación porque representa el punto de fuga que condensa múltiples realidades y diversidades de discursos. La escena, por lo tanto, es esa conjunción que permite mirar bajo la lupa de la *transclínica* las interacciones colectivas y las apuestas subjetivas de los participantes. El cambio epistemológico que se establece al introducir la escena como unidad de análisis es el de ampliar la mirada depositada en el cuerpo humano como objeto de estudio de la ciencias médicas y comenzar a concebir una unidad de análisis que, como un hecho transversal, permita observar no

solo la corporalidad de los participantes sino también analizar “la gestualidad” y “la textualidad” de sus cuerpos, y de sus voces como elementos participantes de una dimensión más amplia como lo es la práctica escénica.

De esta manera, la escena puede ser pensada como un *evento comunicativo*,¹⁶⁴ como una instancia que facilita la observación de los supuestos *transclínicos* donde se concibe al participante como un sujeto corporal, psíquico, sociocultural y político. La riqueza del concepto *evento comunicativo* desarrollado principalmente por Dell Hymes radica en la posibilidad de subjetivar y objetivar la palabra, de comprender holísticamente la voluntad comunicativa y desmontar la asepsia con la que se suele “diseccionar” el acto de habla. No todo significa lo mismo al ser pronunciado. Alessandro Duranti, desde la teoría de la *Etnografía de la Comunicación*, piensa al emisor como un sujeto atravesado por su momento histórico, por su cultura y por sus propias situaciones personales.

En este sentido, fueran cuales fueran los “límites” que pudieran existir en uno de los elementos del evento comunicativo, podrían superarse gracias a las cualidades de otros elementos. Una lengua es más que un conjunto de categorías fonológicas, morfológicas, sintácticas o léxicas y una serie de reglas para su uso. Una lengua existe en el contexto de prácticas culturales que, a su vez, descansan en algunos recursos semióticos, como las representaciones y expectativas que proporcionan los cuerpos y movimientos de los participantes en el espacio, el entorno construido en el que interactúan, y las relaciones dinámicas que se establecen por medio de la recurrencia en la actividad conjunta que realizan.¹⁶⁵

El *evento comunicativo* es un acontecimiento concreto que puede tener o no un carácter ritual como lo son: una boda, una clase, una sesión parlamentaria, etc. Es necesario remarcar que los *eventos comunicativos* pueden cambiar significativamente de una comunidad a otra; porque una boda, una clase o una sesión parlamentaria no representan lo mismo en todas las culturas ni en todos los tiempos. Por ello, el *evento comunicativo* se adscribe y se inscribe en el seno de cada comunidad de habla en particular.

¹⁶⁴ Alessandro Duranti, *Panorama de la lingüística moderna de la Universidad de Cambridge*, coord. Frederick J. Newmeyer, Vol 4, (Madrid: Visor, 1992), 253-274.

¹⁶⁵ Alessandro Duranti, *Antropología lingüística*, trad. Pedro Tena, 1º ed. (Madrid: Cambridge University Press, 2000), 104.

Todo texto debe ser entendido como un hecho (acontecimiento o evento) comunicativo que se da en el transcurso de un devenir espacio-temporal. Por eso partimos de considerar que la unidad fundamental del análisis se ha de basar en la descripción del hecho comunicativo, como un tipo de interacción que integra lo verbal y lo no verbal en una situación socioculturalmente definida. El conjunto de elementos que intervienen en cualquier acontecimiento o evento comunicativo lo organizó Hymes (1972) en lo que se conoce como el modelo SPEAKING, haciendo alusión al acróstico que se forma con las iniciales de los ocho componentes en inglés: *Situation, Participants, Ends, Act sequences, Key, Instrumentalities, Norms* y *Genre* (situación, participantes, finalidades, secuencia de actos, clave, instrumentos, normas y género).¹⁶⁶

La propuesta por Hymes puede ser adaptada a los cinco elementos propuestos en la *tramoya* a fin de organizar la metodología para el análisis de los datos. Al pensar la escena como un *evento comunicativo* se establece un método adecuado y válido para el análisis de las variables propuestas por la *transclínica*. Desde esta perspectiva, el carácter ritual y la organización de la población por edades y afecciones facilita que la unidad de análisis de la escena sea equivalente a la propuesta de Hymes de *evento comunicativo*.

Lo que define al evento es que es imprescindible el uso de la palabra para que se realice y, también, que se suele asociar a un tiempo y a un espacio apropiados o que se pueden constituir como tales al celebrarse en ellos tal acontecimiento. Además, para cada hecho comunicativo quienes participan en él se supone que lo hacen a partir de unos estatus y papeles característicos, utilizan instrumentos verbales y no verbales apropiados y actúan en el tono o clave también apropiados para los fines que pretenden, respetan unas normas de interacción que regulan cómo se toma la palabra, si se puede interrumpir o no, etc., y unas normas de interpretación que les guían a la hora de dar sentido a lo que se dice aunque sea de forma indirecta o implícita, normas que, desde luego, se pueden transgredir o aplicar de forma equivocada, dando lugar a malentendidos o a equívocos -deseados o no.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Helena Calsamiglia Blancáfort y Amparo Tusón Valls, *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*, (Barcelona: Ariel, 2002), 18.

¹⁶⁷ Calsamiglia Blancáfort y Tusón Valls, *Las cosas del decir*, 18.

Para poder organizar la escena como una unidad de análisis es necesario delimitar el tiempo y el espacio donde suceden los acontecimientos. El objetivo de esta delimitación es poder evaluar la expresión verbal y no verbal de los participantes en ese contexto. De esta manera, se delimita la población para analizar sus “textualidades” y “gestualidades” en un *microespacio temporal*. Para un correcto estudio de la escena se optó por organizarla en tres fases: *el caldeamiento, la construcción del guion y la representación propiamente dicha*.

La *fase del caldeamiento* y la *fase de la representación* están inspiradas en los aportes de Jacob Levy Moreno, quien planteó estas instancias para facilitar el acceso a las emociones y a la catarsis de integración. El esquema psicodramático permite la estructuración y la optimización del tiempo al fin de alcanzar los objetivos de la intervención. De esta manera, al contar solo con noventa minutos semanales para la labor *transclínica* se diseñó un esquema que incorpora dos fases morenianas: el *caldeamiento* y la *dramatización*. La fase de *construcción del guion* es propia de esta investigación porque parte de los postulados del dispositivo de la *tramoya*, el cual propone dar voz a los participantes desde un espacio protegido y seguro.

La escena como unidad de análisis:

- *Duración:* 90 min, quince minutos para recoger a los pacientes de la sala de ingreso, llevarlos al teatro del hospital para la realización de la actividad teatral de una hora de duración y quince minutos para conducir a los participantes a la sala de psiquiatría.
- *Lugar:* teatro de un hospital público de Madrid
- *Fases:*
 1. Primera fase: el caldeamiento,
 2. Segunda fase: la construcción del guion
 3. Tercera fase: la representación propiamente dicha (dramatización)

Esta división de *la escena* en tres fases es un diseño que necesitó cinco años de análisis y decantación. Las primeras intervenciones con teatro se llevaron a cabo bajo una estricta prudencia promovida por las reglas del hospital pero con el tiempo, gracias a la construcción del dispositivo de la *tramoya*, se pudo organizar un espacio más flexible en relación con la clínica y a la propia disciplina dramática.

Primera fase: el caldeamiento

Los métodos de caldeamiento propuestos por Moreno “se emplean para espolear al cuerpo a que actúe espontáneamente. Hay diversos métodos para preparar al cuerpo en vistas de una actividad deportiva como correr, saltar, boxear, etcétera”.¹⁶⁸ El caldeamiento es un proceso bio-psicológico que pretende situar al participante en un estado fisiológico de activación y predisposición a la tarea. Esto provoca una nueva posición que parte de la pasividad del paciente a la activación del participante. Este cambio, que impresiona pequeño, constituye una variación radical de responsabilidad subjetiva del paciente en relación consigo mismo y con el entorno. Para que tenga lugar esta primera fase del juego dramático deben emplearse dinámicas que faciliten la expresión del sujeto y del grupo.

El caldeamiento en esta investigación comienza desde el reclutamiento de los participantes para la sesión, ya que estos se encontraban recostados en sus camas por prescripción médica al tener que realizar la digestión tras la ingesta de alimentos a la hora de comer. El horario de la actividad coincidía con el horario del reposo de las 15 horas. De esta manera, se considera que el caldeamiento comienza en el momento en el cual el paciente debe salir de la cama para concurrir al teatro del hospital. El reclutamiento es entonces parte del caldeamiento y esto se corresponde con lo planteado por el psiquiatra y psicodramatista Pablo Población:

Van accediendo al local donde se realizan las sesiones. Este local incide también en el ánimo de los participantes, pues puede ser un local atractivo, frío, cálido u hostil, pero no es neutral e influye también de alguna manera en lo que se mueve en los participantes.¹⁶⁹

En el dispositivo de la *tramoya*, la predisposición de los pacientes a la tarea estuvo condicionada al período en el que se desarrollaba la actividad, en ese caso es posible decir que a la mayoría de los pacientes adolescentes les motivaba el horario para poder “saltarse el reposo”, el cual era experimentado por la mayoría como un momento de elevada ansiedad. El reposo indicado a estos pacientes es estricto, dice el

¹⁶⁸ Jacob Levy Moreno, *Psicoterapia de grupo y psicodrama*, 141.

¹⁶⁹ Pablo Población, *Tratado de psicoterapia activa. Un psicodrama actual* (Madrid: Morata, 2019), 202.

psiquiatra Morandé: “Después de las comidas hay un reposo de una hora (...) en el que no pueden acudir al cuarto de baño”.¹⁷⁰ Y agrega:

Es un momento muy difícil para muchas pacientes. En él se sienten mal, hinchadas, gordas y forzadas. Es un tiempo de vacilaciones en el que surge la tentación de devolver, hacer ejercicio o fugarse. En un momento de horribles arrepentimientos, según algunas de nuestras pacientes, por haber comido o haberse dejado cebar. Una parte de ellas se duerme y realmente reposa. La evolución no es continua y puede haber oscilaciones y así algunas se vuelven intranquilas después de días de calma.¹⁷¹

En ese contexto se implementa la *tramoya*, como propuesta disidente que ensancha las posibilidades de sujeción de los pacientes. Se humaniza la clínica y permite un abordaje del malestar desde una perspectiva corporal y simbólica. El arte dramático irrumpe como un facilitador de la expresión emocional y de la liberación de la tensión de los pacientes. De este modo, se utilizaron caldeamientos y técnicas de expresión corporal adecuadas para los participantes en ese estado. Éstas no implicaron un alto desgaste calórico pues su intención fue lograr la toma de contacto con el cuerpo de manera sutil. Al inicio del dispositivo de la *tramoya*, los médicos y celadores supervisaron el espacio e indicaron que tipo de ejercicios se podían realizar con los participantes.

Segunda Fase: construcción del guion

La construcción del guion es una de las instancias más importantes en el desarrollo de la escena. El guion depende directamente de haber realizado un adecuado caldeamiento previo que fortalezca la cohesión grupal y el trabajo en equipo. El caldeamiento, que consiste en “romper el hielo” inicial, promueve un espacio fértil para alcanzar una activación mental y corporal que predisponga a los participantes a la creación del guion. Esta instancia de construcción discursiva es lo que permite materializar los postulados teóricos de la *transclínica*, ya que en esta fase de confección textual aparecen las tramas subjetivas que se transforman en tejido social. Esta fase siempre contó con un tiempo dentro de la unidad escénica por ser parte imprescindible del dispositivo de la *tramoya*. Por ello, cuando se habla de

¹⁷⁰ Morandé, *La Anorexia*, 217.

¹⁷¹ Morandé, *La Anorexia*, 221.

construcción del guion se hace referencia a dos vías posibles de narración: escrita u oral, ambas siempre con el propósito de ser representadas.

Durante los cuatro años de trabajo de campo, se promovió que el ejercicio de construcción textual se realizara colectivamente y fue en esa construcción colectiva que afloraron: desacuerdos con el sistema, denuncias a largos tratamientos, nostalgia del deseo que quedó extramuros, miedo a la soledad o conflictos en relación al ideario de belleza. Así, para la *transclínica* esa acción colectiva de expresión es lo político, entendido éste como el pacto de la *polis griega* de promover la participación ciudadana. Lo político se concibe, entonces, como acción comunitaria capaz de crear tramas narrativas, discursos de pertenencia y corrientes de pensamiento. La implementación de la disciplina teatral en la *transclínica* busca establecer una acción conjunta de narración, similar a la propuesta que hace Deleuze en *Crítica y Clínica*: “Pese a que siempre remite a agentes singulares, la literatura es disposición colectiva de enunciación”.¹⁷² Es así como, el texto dramático se convierte en anclaje social, material simbólico que nos refiere e, incluso, microscopio y telescopio de la existencia humana. El texto dramático encierra lo incompleto al necesitar de la corporalidad, la alteridad y la fugacidad de la acción para abrochar su sentido. El sentido siempre es posterior, porque hay tantos sentidos como sujetos-parlantes, como contextos históricos y como cuerpos-escénicos. En palabras de Anna Ubersfeld: “El teatro es una práctica escénica cuyo texto paradójicamente, se ha intentado declarar como ilegible a la vez que se le ha establecido como punto de partida de una práctica, o más exactamente, de una red de prácticas significantes”.¹⁷³

De esta manera, esta propuesta favorece la circulación de la palabra y con ella la posibilidad de crear argumentos sin represión. La creación textual es el vehículo para orientar la cura a la palabra como propone el psicoanálisis lacaniano y, también, para orientar la cura al cuerpo como propone la *transclínica*. Los pacientes de la *transclínica* son sujetos-parlantes pero, sin lugar a dudas, son cuerpos-parlantes. En las antípodas está la concepción sobre el cuerpo del enfermo que tiene la ciencia médica, el cual sufre un proceso de desobjetivación para poder ser atendido “objetivamente”. En ocasiones esta acción deliberada en la medicina desconoce su implicancia biopolítica. Por el contrario, la *transclínica* no es algo que haga el médico

¹⁷² Gilles Deleuze, *Crítica y clínica*, trad. Thomas Kauf, (Barcelona: Anagrama, 1996), 15.

¹⁷³ Anne Ubersfeld, *La escuela del espectador*, trad. Silvia Ramos, Serie teoría y práctica del teatro: N° 12, publ. Asociación de directores de Escena de España (Madrid: Carácter, 1997), 19.

desde su saber, sino que la *transclínica* es algo realizado por todos los agentes intervinientes desde la singularidad de sus saberes para la construcción colectiva de una trama. Esta plasticidad que ofrece la escritura teatral para ser completada por el público alberga en si misma la regulación de la catarsis aristotélica, catarsis que lleva implícita la integración y el aprendizaje colectivo. En este aspecto se corresponde la *transclínica* a la propuesta que realiza Deleuze:

Escribir indudablemente no es imponer una forma (de expresión) a una materia vivida. La literatura se decanta más bien hacia lo informe, o lo inacabado, como dijo e hizo Gombrowicz. Escribir es un asunto de devenir, siempre inacabado, siempre en curso, y que desborda cualquier materia vivible o vivida. Es un proceso, es decir un paso de Vida que atraviesa lo vivible y lo vivido. La escritura es inseparable del devenir; escribiendo, se deviene—mujer, se deviene—animal o vegetal, se deviene—molécula hasta devenir—imperceptible.¹⁷⁴

Es este proceso inacabado de la escritura que permite que emerja el sujeto, por ello, el participante en esta investigación se incorpora a una cadena de significantes que busca construir nuevas significaciones.

Técnicas para desarrollar la escritura

Para poder llevar a cabo la escritura de los textos teatrales se trabajó desde la propuesta del dramaturgo español José Sanchis Sinisterra. Los juegos que plantea Sanchis Sinisterra en sus talleres de “La pistola en la nuca” o “Fitness dramático” habilitan estrategias facilitadoras de ideas.¹⁷⁵

Una de estas estrategias consiste en proponer la siguiente consigna: “desarrollar una historia con esta estructura: A se encuentra con C pero piensa que es B” o “escribir una narración que responda a: A habla a B pero pierde la conexión con C”, etc. Estas *lógicas proposicionales* permitieron a los participantes crear historias en un breve período de tiempo. Generalmente se dividía al grupo en subgrupos de 3 miembros para que pudieran construir el guion que luego sería representado. El “rellenar” estas *lógicas* con contenidos imaginados por los participantes posibilitó ahondar en sus intereses y en sus preocupaciones. Los resultados fueron ricos, ya que

¹⁷⁴ Deleuze, *Crítica y clínica*, 11.

¹⁷⁵ Estos talleres de escritura teatral fueron dados por el dramaturgo José Sanchis Sinisterra en el Nuevo Teatro Fronterizo durante los años 2015-2017.

los participantes podían proponer sus contenidos sin ser censurados y sin que haya habido condicionamientos en la consigna. Esta técnica también es implementada por otros directores de escenas como Declan Donnellan.

También, se trabajaron algunos sueños a través del *sistema minimalista repetitivo* propuesto por Sanchis Sinisterra, en el cual un participante narra un sueño y se monta la escena. Esta escena es llevada a cabo una vez por los protagonistas y debe repetirse sin variaciones durante un lapso de tiempo. El efecto sensitivo es el de la reproducción de un material repetitivo que induce a lo onírico. Asimismo, el impacto estético que brinda la repetición generaba fantasías de cambio en la narración. Aplicar esta técnica fue muy enriquecedora para los participantes.

La tercera estrategia que propone el dramaturgo español consiste en montar un escenario con cuatro o cinco sillas, asignar a cada silla una letra A, B, C, D o E y que los participantes se sienten en esas sillas. El director irá diciendo “A habla con B”, “Ahora B habla con E”, “Ahora E habla con C pero lo interrumpe A”, y así sucesivamente. Los participantes deberán realizar una doble tarea: primero construir su propio personaje y segundo organizar la trama narrativa. En esta técnica el director ayuda a tejer el guion y forma parte del juego discursivo. Es necesario decir que este es uno de los ejercicios más difíciles que propone José Sanchis Sinisterra y su argumento es que en el entrenamiento de actores no puede vaciarse a estos agentes de la capacidad de crear textos. Para él, el actor debe pensar en escena porque lo concibe como un constructor de tramas narrativas y no solo como un reproductor de textos ajenos.

Estas propuestas realizadas por Sanchis Sinesterra siguen una modalidad de escritura que evidencia la imposibilidad de escribir teatro sin pensar en la representación. En palabras de Pérez-Rasilla:

De los trece elementos que Kowzan señala como constitutivos del hecho teatral —palabra, tono, gesto, mímica, movimiento, maquillaje, peinado, vestuario, escenografía, atrezzo, iluminación, música, sonido— sólo uno de ellos, en lo que podríamos, llamar teatro convencional está previamente escrito. Los demás, o no aparecen en el texto literario-dramático o lo hacen de una manera muy parcial e imperfecta. El texto dramático, como ha explicado García Barrientos, se escribe desde el concepto de la representación y no al revés. Muchos dramaturgos han escrito sus piezas en función de los actores (o de los espacios, o del

tiempo, o de los espectadores que tienen).¹⁷⁶

Otra estrategia que se implementó es conocida en la formación de actores y escritores. En ella, se pedía a los participantes construir una breve historia que contenga la estructura aristotélica de introducción, nudo y desenlace. Una vez configurada la historia se debía narrar desde distintas posiciones de enunciación: *desde un cotilleo, desde una publicidad televisiva, desde un funeral, desde una sesión parlamentaria*, etc. Esta modalidad de construcción conduce rápidamente a ser representada. El juego consiste en advertir el cambio de la entonación y de la sensibilidad a transmitir.

Por su parte, la investigadora diseñó una técnica específica para el trabajo de las emociones. La técnica consistía en jugar al *teléfono descacharrado*.¹⁷⁷ Una vez que se obtenía la oración final se proponía un segundo momento donde se colocaban siete sillas sobre el escenario que correspondían a las siete emociones básicas: miedo, ira, ternura, asco, angustia, alegría y sorpresa. Los participantes se colocaban en las sillas y debían repetir la oración formulada en el juego del *teléfono descacharrado* según la emoción asignada a la silla. Todos los participantes pasaban por todas las emociones. Una vez que habían experimentado las diferencias en la enunciación según el registro emocional, se les proponía trabajar con la última emoción por la que habían pasado. Se agrupaban en grupos de tres o cuatro personas para poder confeccionar un texto con una introducción, un nudo y un desenlace. Cada uno construiría su personaje según la emoción asignada aleatoriamente y tejería el texto desde la emocionalidad del personaje. La potencia de esta técnica radica en que las emociones son humanas, pero desde una perspectiva clínica hay pacientes que evidencian cierto bloqueo al experimentarlas. Esto puede ser producto de una patología de base o constituir un mecanismo defensivo que evita el contacto emocional. Por este motivo, ejercitar la capacidad de sentir emociones a través del personaje es un acto clínico en sí mismo. Sin embargo, es necesario especificar que esta técnica pudo ser aplicada sin cometer iatrogenia por ser la investigadora una profesional de la salud mental, ya que el riesgo que se corre con personas no formadas en el ámbito clínico es que llevan a los participantes a una sobre exposición emocional.

¹⁷⁶ Eduardo Pérez-Rasilla, “El lenguaje de la puesta en escena el texto teatral. El texto teatral, un texto escrito por muchas manos” en *Litterae: Cuadernos de cultura escrita* (Madrid: Calambur, 2001), 193-202.

¹⁷⁷ Juego infantil donde los participantes se colocan en ronda o en hilera y deben ir diciéndose al oído y en secreto una palabra para construir una oración con sentido.

Otra de las propuestas fue trabajar el empoderamiento y desarrollar la capacidad creativa a partir de una técnica de venta. Se elegía un objeto cualquiera que estuviera en el teatro del hospital y los participantes debían pasar uno por uno “vendiendo ese objeto”. Debían inventar una funcionalidad para ese objeto, la cual podía ser real, futurista o milenaria. Todo lo que pudiera evocar el objeto debía ser descrito por el participante. Luego se reunían en subgrupos y debían construir un guion a partir de ese objeto.

Las técnicas anteriormente descritas son algunas de las que se aplicaron a lo largo del trabajo de campo. El dinamismo de las escenas obligaba a la investigadora a plantear una dirección actoral y dramática singular cada semana.

Si bien, se aplicaron más técnicas es necesario destacar que estas fueron las más utilizadas y las que más riqueza estética y clínica consiguieron al ser implementadas.

Tercera fase: la representación propiamente dicha

La representación es el momento para encarnizar el texto construido previamente, es la oportunidad del participante/autor/actor para tomar decisiones que modifiquen la situación del personaje. Las acciones que el actor realiza cumplen una doble modalidad discursiva porque están *organizadas por el discurso* y, a su vez, *organizan el discurso*. Esta es la riqueza de la representación. En palabras de García Barrientos: “La verdadera hermenéutica del teatro es la representación”.¹⁷⁸ Aquí radica la finalidad del texto escrito previamente, en el acto de narrar con el cuerpo. Es mediante la representación que se puede aprehender el valor del mensaje. No es una imitación de acciones, sino que es un acto dramático irrepetible en sí mismo. El arte dramático burla la repetición, aunque en todas las funciones se “haga lo mismo” nunca es igual. La repetición del teatro no es la repetición freudiana de un inconsciente que insiste en la imposibilidad de una elaboración, sino que la repetición en arte dramático, ya es parte de la elaboración de la tragedia. El teatro siempre es distinto, no hay dos funciones iguales porque el teatro, a diferencia del cine, es orgánico. Walter Benjamin expone que la fotografía y el cine rompen la barrera del encuentro en el aquí y ahora para convertirse en un producto destinado a las masas. Por el contrario, el

¹⁷⁸ José Luis García Barrientos, *Cómo se analiza una obra de teatro. Ensayo de método*, (Madrid: ed. Síntesis, 2017), 24.

teatro está vivo y esa intimidad tempo-espacial es “la autenticidad” que lo convierte en una obra de arte indiscutible. Cuando Benjamin habla de la reproducción dice:

Incluso en la más perfecta de las reproducciones una cosa queda fuera de ella: el aquí y ahora de la obra de arte, su existencia única en el lugar donde se encuentra. La historia a la que una obra de arte ha estado sometida a lo largo de su permanencia es algo que atañe exclusivamente a ésta, su existencia única.¹⁷⁹

Este apartado no pretende abrir nuevamente el polémico debate sobre que *es arte y que no es arte*, sino valerse de las características específicas de la disciplina teatral para el ejercicio de la *transclínica*. En términos psicopolíticos es posible decir que cierto uso de la tecnología digital organiza una forma de corporalidad que denota un “borramiento” del propio cuerpo. El arte dramático, por el contrario, es un retorno a un transitar de lo clásico. Es un punto, una pausa en la forma de narrar de la digitalización. Es necesario aclarar que Walter Benjamin continúa con su análisis con el fin de no limitar el arte a la autenticidad, sino que el arte se constituye por su capacidad política:

De la placa fotográfica es posible hacer un sinnúmero de impresiones; no tiene sentido preguntar cuál de ellas es la impresión auténtica. *Pero si el criterio de autenticidad llega a fallar ante la producción artística, es que la función social del arte en su conjunto se ha trastornado. En lugar de su fundamentación en el ritual, debe aparecer su fundamentación en otra praxis, a saber: su fundamentación en la política.*¹⁸⁰

De esta manera, las dos características descritas hacen que la disciplina teatral se articule en la *transclínica* con un doble movimiento: como un retorno a lo clásico no por nostalgia o conservadurismo, sino por la presencia del cuerpo y como una apuesta a lo político subyacente en los discursos de los participantes. Todo lo trabajado en las fases anteriores de la escena tiene sentido porque es plasmado a través de *los cuerpos de los pacientes* para un público específico: *sus médicos*. Es necesario aclarar que este público generalmente no se encontraba en el teatro del hospital, solo en algunas ocasiones los psiquiatras tratantes se acercaban a ver una representación. Sin embargo, la puesta en escena se realizó siempre desde un orden simbólico para un *Otro* que se

¹⁷⁹ Walter Benjamin, *La obra de arte en su época de reproductibilidad técnica*, trad. Andrés E. Weikert, (D.F. México: Ítaca, 2003), 42.

¹⁸⁰ Benjamin, *La obra de arte en su época de reproductibilidad técnica*, 51.

encuentra contenido en los muros hospitalarios. El espectador al que se dirigía la obra eran los médicos tratantes.

Es legítimo reconocer que el modelo teórico de esta tesis bebe de los postulados lacanianos que priorizan la verdad del sujeto frente a los beneficios exclusivos de la sanación. Esta posición ética rompe las lógicas del poder médico para incorporar la figura del analista como una otredad que facilita la aparición de la verdad del sujeto. De esta manera, la clínica analítica “si admite pues el sanar como beneficio por añadidura de la cura psicoanalítica, [pero] se defiende de todo abuso del deseo de sanar”.¹⁸¹ En otras palabras, la apuesta de la clínica lacaniana consiste en que el médico abandone el rol de sanador para dar paso a un paciente que se hace responsable de su malestar. Sin embargo, la clínica ejercida en esta tesis pretende ir más allá; para ello, toma la concepción dialéctica que promueve el psicoanálisis pero a su vez ensancha al sujeto porque no lo concibe como una entidad individual sino como un sujeto social, un sujeto que se narra con otros. Entonces, el texto teatral construido por los participantes es entendido como posibilidad de ser un discurso al cual sujetarse. Éste no es cualquier discurso sino uno ligado a la propia trama subjetiva que se dirige a la escucha de un *Otro*. Es necesario aclarar que en esta comparación entre psicoanálisis y *transclínica* no se pretende realizar una traducción fiel de una teoría a la otra, sino provocar líneas de pensamiento que garanticen la incorporación del *Otro* dentro de un dispositivo nuevo. En ese sentido, como ya se dijo, este *Otro* es el médico devenido en público. . En palabras de Eduardo Pérez-Rasilla “El dramaturgo escribe entonces desde la condición previa que consiste en saber que el espectador terminará de escribir lo que quedó incompleto”.¹⁸²

¿Acaso, qué otra cosa es el trabajo analítico sino la posibilidad de realizar una reescritura? Al igual que el dramaturgo propone el tema para que el público continúe la acción dramática en su teatro interno, el paciente narra su historia para que el médico complete la trama desde su saber clínico. En la *transclínica*, como ya se expresó, el público está conformado por médicos; por ello, no es un *otro* cualquiera sino que es un público al que se le atribuye una experticia. Se le supone el *Saber*. De esta manera, el colectivo médico concebido como el público es quien completa e interpreta la acción teatral desde su rol de espectador.

¹⁸¹ Jacques Lacan, *Escritos I, capítulo 4: variantes de la cura-tipo*, trad. Tomás Segovia, ed. 23º (México: Siglo XXI, 2003), 312 [Término agregado por la investigadora].

¹⁸² Eduardo Pérez-Rasilla, “El lenguaje de la puesta en escena el texto teatral”, 196.

PARTE IV

Análisis de los datos

Etnografía de la clínica madrileña

Con el objetivo de realizar un análisis formal del trabajo de campo desarrollado en esta tesis doctoral se advirtió la necesidad de construir una metodología específica para el tratamiento de esos datos empíricos vistos desde la articulación teórica desarrollada en los capítulos preliminares. Hablo de construir una metodología de análisis para la *transclínica*, porque la postulada por las ciencias médicas no permite el abordaje desde lo subjetivo ni desde lo social. Para ello, se revisa la propuesta de Pierre Bourdieu quien plantea que no se puede crear conocimiento sin haber realizado un trabajo directo con los agentes a quienes se investiga, ya que de otro modo serían elucubraciones que se apartan de las voces y sentires de esos sujetos. La sociología que plantea Bourdieu no es una sociología pasiva que persigue alcanzar una pureza en la observación; sino que se promueve la intervención en el campo como elemento imprescindible del trabajo social. Bourdieu propone apartarse del conservadurismo de las costumbres, en este caso del *habitus*¹⁸³ sostenido por los profesionales y los pacientes, para proponer una sociología comprometida con el análisis y con los efectos producidos en el campo a partir de esta revisión analítica. La escuela de Bourdieu plantea la palabra como elemento dinamizador que no deja al sujeto indiferente ante las intervenciones. Una palabra que crea y organiza la realidad comunitaria y la realidad subjetiva del individuo.

En este apartado, la investigadora asume el rol de narradora de los hechos sucedidos en el trabajo de campo de esta tesis doctoral. La acción de narrar las observaciones semanales acaecidas durante cinco años consecutivos, convierten a la investigadora no en la autora de los textos sucesivos, sino en una voz más dentro de la polifonía de voces. La investigadora, que asumirá la licencia de comenzar a escribir en primera persona, es la traductora de las escenas acaecidas durante el trabajo de campo. Esta traducción que se realiza recibe en este capítulo un tratamiento especial: el método etnográfico. Así, la disciplina antropológica ofrece un método para revelar la

¹⁸³ Pierre Bourdieu, *La Distinción*, trad. M^a del Carmen Ruiz de Elvira, (Madrid: Taruus, 2012).

estructura institucional del hospital, donde se aplicó el dispositivo de teatro, y formular un adecuado acercamiento a los agentes desde sus propios modos de vivir, sentir y pensar. La creación de la teoría *transclínica* basa sus fundamentos en la realidad clínica y social de los pacientes ingresados en psiquiatría de un Hospital Público de Madrid. Así, para realizar una correcta aplicación del modelo etnográfico en esta investigación es necesario cotejar los datos recabados durante la práctica profesional de la investigadora con los presupuestos teóricos de la *transclínica* desarrollados en el marco teórico referencial.

La etnografía como método permite al investigador hacer uso de una mirada externa pero, a la vez, “deseante” de conocimiento. La riqueza de la etnografía como metodología de investigación radica en que el investigador participa desde un rol privilegiado, ya que puede encontrarse dentro y fuera de la comunidad con la que trabaja. Así, en esta tesis, la investigadora traspasa los muros hospitalarios con el fin de detectar el orden institucional y las problemáticas clínicas habituales; las cuales pueden llegar a resultar opacas ante los ojos de los agentes sanitarios implicados. La etnografía permite al investigador hacer uso de una mirada interna y de una mirada alterna, ambas movidas por el amor al conocimiento. El antropólogo español Ángel Díaz de Rada explica la importancia de no olvidar que el investigador asume el rol de observador participante y, por lo tanto, deberá intervenir desde su propio marco referencial: “Cualquier etnografía, al plantearse como una traducción entre un mundo de prácticas de las personas de un campo y un mundo de prácticas analíticas del investigador, es un ejercicio de intersubjetividad”.¹⁸⁴ De esta manera, en esta investigación se utiliza la primera persona, dentro del apartado de Análisis de los Datos, con el objetivo retórico de construir la figura de la investigadora como un elemento capaz de ser analizado. Las acciones subjetivas que aparecen en la práctica; deben ser tratadas con el distanciamiento necesario para analizar y poner en cuestionamiento su propia observación y su participación. Es así como, en este segundo momento de escritura no se intenta señalar la habilidad de los participantes dentro del dispositivo de la *tramoya*, sino que se busca la trascendencia de los postulados teóricos de la *transclínica*. Entonces, la etnografía, al incorporar dentro de la labor científica el bagaje del investigador, admite realizar un análisis honesto y

¹⁸⁴ Ángel Díaz de Rada, “La lógica de la investigación etnográfica y la mediación computacional de la comunicación. Viejos problemas con un nuevo énfasis”. *Revista Chilena de Antropología Visual*, nº15 (2010): 40-57.

dialéctico de los datos empíricos obtenidos. En esta línea, el estadounidense Clifford Geertz organiza el modelo etnográfico desde el abordaje de la intersubjetividad. En su libro *El antropólogo como autor*, plantea distintos modelos de autoría y los riesgos que cada aproximación encierra:

La dificultad está en que la rareza que supone construir textos ostensiblemente científicos a partir de experiencias claramente biográficas, que es lo que al fin y al cabo hacen los etnógrafos, queda totalmente oscurecida. El problema de la firma, tal como el etnógrafo tiene que afrontarlo, o tal como se enfrenta con el etnógrafo, exige a la vez la actitud olímpica del físico no autoral y la soberana autoconciencia del novelista hiperautoral, sin permitir caer en ninguno de los dos extremos. Lo primero puede provocar acusaciones de insensibilidad, de tratar a la gente como objetos, de escuchar las palabras pero no la música, y, por supuesto, de etnocentrismo. La segunda provoca acusaciones de impresionismo, de tratar a la gente como marionetas, de escuchar música que no existe, y, por supuesto, también de etnocentrismo.¹⁸⁵

Para hacer frente a este conflicto metodológico, ciencias naturales contra ciencias sociales, Geertz establece dos momentos importantes de la etnografía: la observación participante y el trabajo de biblioteca. Hacer etnografía es registrar los acontecimientos acaecidos durante la estancia de investigación y, en un segundo momento, realizar un análisis riguroso sobre esos datos. Estos acontecimientos pueden responder a múltiples entramados humanos, tales como: el poder, pactos entre los participantes, alianzas familiares, culpas históricas, deudas de honor, rencores no resueltos, abandonos parentales, descuidos por parte de los profesionales, indiferencia social, incredulidad a los enfermos, amores juveniles, etc. Ésta es la labor del etnógrafo: traducir los actos no desde una descripción aséptica de los hechos sino desde una lectura singular de lo observado. Así, el etnógrafo detalla exhaustivamente el fenómeno y descifra el entramado semántico que ese hecho es capaz de revelar.

Lo que en realidad encara el etnógrafo (...) es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o enlazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarse de alguna manera, para captarlas primero y para explicarlas después (...) Hacer etnografía es como tratar de leer (en el sentido de

¹⁸⁵ Clifford Geertz, *El antropólogo como autor*, trad. Alberto Cardín, (Barcelona: Paidós Studio, 1989), 20.

"interpretar un texto") un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechosas enmiendas y de comentarios tendenciosos y además escrito, no en las grafías convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta modelada.¹⁸⁶

Para Geertz, este trabajo de elaboración del material recopilado es un ejercicio de *descripción densa*,¹⁸⁷ que no solo demanda destreza para puntualizar el fenómeno observado; sino que éste debe ser interpretado desde una lectura consecuente al contexto y al tiempo en el que sucede. Por ello, es necesario que el investigador realice un trabajo de campo de larga duración a fin de comprender la interrelación de los agentes implicados, sin caer en la tentación de efectuar un análisis apresurado y sesgado. El análisis, que permite el modelo de *descripción densa*, posibilita narrar la realidad investigada desde el marco conceptual al que se adscribe el observador. La potencia de la disciplina antropológica contemporánea es que no busca una reproducción estereotipada de los pueblos para acabar “embalsamándolos”; sino que indaga en el entramado social con el propósito de intervenir asertivamente en un determinado espacio-tiempo. Así, el relato etnográfico puede convertirse en discurso alterno que devela la segmentación social, los conflictos invisibles, la organización de los agentes, la distribución del poder, etc. Por este motivo, en esta investigación se abraza el paradigma antropológico por ser revolucionario, por crear nuevas dimensiones semánticas que interpelan el *establishment*. El uso del método etnográfico en esta tesis doctoral sirve para descubrir el funcionamiento de una institución psiquiátrica y las normas visibles e invisibles que la regulan, con el objetivo de desprenderse de un hacer clínico agitado por la inercia cotidiana. Es a partir de este abordaje institucional que fue posible crear un dispositivo específico y analizar los datos recabados durante su implementación.

I. Recorrido etnográfico

La siguiente tabla es un esquema del proceso etnográfico seguido en esta investigación para la consolidación de la propuesta teórica de la *transclínica* y la creación del dispositivo de la *tramoya*.

¹⁸⁶ Clifford Geertz, *La interpretación de las culturas*, trad. Alberto L. Bixio, 12º reimp. (Barcelona: Gedisa, 2003), 24.

¹⁸⁷ Geertz, *La interpretación de las culturas*, 21. [*Descripción densa* es un concepto introducido por Gilbert Ryle y recuperado por Clifford Geertz]

Etnografía			
	Tiempo	Propósito	Técnicas
Trabajo de campo profesional	-Estancia Internacional de la investigadora en Madrid dentro del programa de Residencia en Psicología Clínica del Hospital Italiano de Buenos Aires durante los meses de marzo, abril y mayo de 2013.	- Familiarización con la situación de los pacientes pediátricos en el ingreso a psiquiatría en un hospital infantil público de Madrid. -Conocer el entramado legal al cual se adscriben los hospitales de Madrid.	- Observación Participante. - Protocolos clínicos de intervención. - Seguimiento clínico de pacientes asignados. - Bibliografía específica para el abordaje de TCA.
Análisis de la experiencia profesional	-Regreso a Buenos Aires junio, julio, agosto, septiembre de 2013. - Máster octubre de 2013 a septiembre de 2014. - Octubre de 2013.	- Reconocimiento de la necesidad de una formación en Humanidades. - Ingreso al Máster en Teoría y Crítica de la Cultura UC3M - Propuesta piloto: dispositivo de teatro en el ingreso pediátrico a psiquiatría del hospital público de Madrid donde se realizó la estancia internacional.	-Presentación de la memoria al Hospital Italiano de Buenos Aires. -Conocimiento de la propuesta artística de la Asociación Creando dirigida por Eva Maestre Casas.
Trabajo de campo Predoctoral	- Febrero de 2014. - De marzo a junio de 2014.	- Implementación del dispositivo de teatro para el ingreso pediátrico en psiquiatría - El proyecto se enmarca dentro de las propuestas de la Asociación Creando.	- Observación participante. -Registro manual de las sesiones. -Participación en reuniones del equipo.
Análisis predoctoral de los datos	-Julio, agosto y septiembre de 2014. - Octubre de 2014.	-Análisis del dispositivo de teatro en el ingreso a psiquiatría. -Defensa del TFM en la UC3M.	-Escritura de un diseño de investigación para ser presentado ante el Comité Científico y de Ética del hospital donde se trabajó.
Trabajo de campo Doctoral	- Inicio del Doctorado Octubre de 2014. -De octubre de 2014 a enero de 2017. -Octubre de 2015.	- Doctorado en Humanidades en la UC3M. - Continuidad del dispositivo de teatro en el ingreso a psiquiatría. -Invención de la TRANSCLÍNICA -Refundación del dispositivo de teatro: creación de la TRAMOYA, como un dispositivo <i>transclínico</i> que contempla al sujeto desde lo corporal, psíquico, sociocultural y político.	-Observación participante. -Diario de campo. -Registro de la actividad a través de protocolos de intervención. -Grabación de algunas sesiones, previa autorización de los participantes. -Presentación de las obras dramáticas en teatros y congresos.
Análisis doctoral de los datos	-Julio de 2018 a marzo de 2020.	-Analizar los datos recabados durante el trabajo de campo y valorar los presupuestos <i>transclínicos</i> en la implementación del dispositivo de la <i>tramoya</i> . -Defensa de tesis doctoral.	-Memoria de Estancia Internacional en Salta, Argentina. -Publicación de artículos relacionados a los postulados <i>transclínicos</i> .

Tabla 1. Esquema del recorrido etnográfico.

Trabajo de campo profesional

I. Cartografía transoceánica de la clínica

Tal y como se presenta en el esquema anterior, puede leerse que el trabajo de campo, como acto dinámico, comienza unos años antes de que me apuntara al Doctorado en Humanidades de la Universidad Carlos III de Madrid.

En el año 2010 dejé la ciudad de Salta porque obtuve un puesto de residente en psicología clínica en el Hospital Italiano de Buenos Aires. La capital argentina tiene olor a librerías antiguas y sabor a historias de gente en movimiento, de un pasado migrante que trasladó sus saberes en maletas y en barcos. En ese ambiente fértil, el psicoanálisis germina con facilidad.¹⁸⁸ Allí, mi despertar profesional fue un encuentro con concepciones profundas de lo humano y un gran respeto por la palabra del otro. Durante ese transitar psicoanalítico apareció la pregunta sobre la universalidad de la clínica. Fue en mi segundo año de residencia, que escuché contar a una psicoanalista argentina de origen japonés su experiencia de una beca en Tokio con mujeres víctimas de violencia. En su relato narraba la imposibilidad de implementar una clínica psicoanalítica porque cuando ella preguntaba a las mujeres japonesas “¿cómo estaban?”, las mujeres respondían cordialmente “bien, gracias a usted”. Esta *nisei*¹⁸⁹ relataba que no podía sortear la barrera cultural que se establecía aún hablando el mismo idioma. Lo cultural pesaba tanto que era imposible trabajar psicoanalíticamente con la angustia, ya que las pacientes no podían por “cortesía” narrar su sentir. Es así como, surge la pregunta sobre la universalidad de la clínica, ¿es posible ejercer la misma clínica en todas partes del mundo?, ¿cómo se interviene en India, China o Senegal? Esa grieta en el saber produjo la necesidad de buscar nuevos sitios que revelen otras vías de intervención con la locura, la depresión o la angustia. En esa pluralidad de preguntas se abrió la posibilidad de permanecer tres meses en un hospital de otro país para realizar una estancia profesional. Mi primera opción de rotación internacional fue Bangalore, India. Por entonces, tenía los papeles del visado y la invitación del hospital psiquiátrico al que iba a ir. Mi objetivo era conocer como se concebía una intervención clínica desde otras teorías ajenas al psicoanálisis. Cómo

¹⁸⁸ Mariano Ben Plotkin, *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina* (1910-1983). (Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2003).

¹⁸⁹ La misma profesional se autodenominaba *Nisei*. El vocablo emplean los japoneses para indicar a los nacidos en una segunda generación en un país distinto del Japón.

pensar la neurosis sin el diván o como tratar la psicosis sin comprender que el delirio cumple la función de estabilizar el cuadro. Mi intención era ensanchar las posibilidades de la clínica y vislumbrar posibles abordajes desde otras latitudes y otros paradigmas psiquiátricos. Sin embargo, mi vida personal dio un giro y tuve que redirigir el viaje a Madrid. Buscar un nuevo hospital fue difícil. Elegí un hospital pediátrico, general y público. Con el tiempo advertí que mi renuncia a lo cultural no había sido tal; sino que, por el contrario, la intuición que había conducido mis pasos hacia otras experiencias clínicas se materializó. Lo cultural comenzó a ser un factor determinante en el desmontaje de la clínica. En Madrid, descubrí que no tenía que marchar a sitios dotados de exotismo para desvelar otras formas de intervención psicológica. Por el contrario, trabajar en un país que habla el mismo idioma reveló un sin fin de diferencias y sutilezas que organizan el esquema clínico de otra manera.

*II. El hospitium centríberico*¹⁹⁰

Al llegar a Madrid en marzo de 2013 para hacer mi estancia profesional, me encontré con dinámicas y ordenamientos institucionales diferentes a los que estaba acostumbrada. Mi mirada se pobló de diversidad. Por entonces, a pesar de no conocer el modelo etnográfico pude establecer un registro propio sobre las diferentes formas de intervención para confeccionar la memoria de la estancia. Fueron necesarios siete años de estudios en otras disciplinas humanísticas para lograr la cristalización de esta experiencia. Sin embargo, considero que la riqueza de este primer registro fue que se realizó desde un marco referencial perteneciente a otro país y a otros recursos socio-económicos. Mi aproximación como psicóloga extranjera me permitió ver que los pacientes en Madrid se comportaban de forma distinta a los pacientes de Buenos Aires. Los recursos económicos de un hospital público en Madrid son similares a los de un hospital privado en Buenos Aires. Sin embargo, se puede advertir que no es una cuestión de recursos económicos, sino también de posiciones profesionales. La forma de referirse a los pacientes cambia por parte del personal sanitario. En Madrid, los pacientes no eran clientes, que en cualquier momento podían denunciar la mala cara matinal de los trabajadores, sino ciudadanos que ingresan a un sistema público que

¹⁹⁰ El título de este apartado parafrasea a la institución romana del *hospitium celtibérico*, que hace referencia al modo de hospitalidad que ejercían los hispanos sobre los extranjeros. En esta tesis el *hospitium "centríberico"* es un juego de palabras que permite el ensamblaje del hospital con la estancia profesional de la investigadora en Madrid.

tiene por detrás al Estado. De esta manera, las relaciones de poder cambian. Pero también sucedió lo contrario, encontré cierto maltrato por parte de una psiquiatra a los pacientes, recuerdo a la funcionaria decir frente a una paciente ingresada: “¿pero esta niña es tonta? Por qué no me responde.” Este abuso de poder hubiera sido rápidamente denunciado en el hospital porteño; sin embargo, hay veces que lo público trae consigo cierta despersonalización.

Este distanciamiento cultural me permitió agudizar la mirada y detectar las singularidades de cada institución. Descubrí que las experiencias desorbitantes en la vida profesional de un aprendiz no suelen ser conducidas hacia un ejercicio intelectual que dote de ventajas a las instituciones implicadas; sino que, por el contrario, las posiciones reflexivas a las que se arriba suelen ser sofocadas dentro del orden corporativo. La rigidez de los protocolos clínicos seguidos en Madrid me mostraron la necesidad de pensar vías alternativas a los paradigmas cognitivo-conductuales. El psicoanálisis se encontraba completamente vetado, la mirada desde lo social era desdeñada por los profesionales médicos que cada día realizaban esfuerzos férreos por encajar sus prácticas en los baremos estadísticos. En este sentido, es necesario exponer que hubo cierta dificultad para sostener una posición crítica dentro de los fueros hospitalarios; producto de la escasez de herramientas sociales con las que se dota a los profesionales sanitarios para lograr una enriquecedora traducción cultural. Pareciera que la dimensión de la cultura quedara excluida del conjunto de saberes médicos, por considerarse poco “objetiva”. Sin embargo, la ausencia de reflexión sobre lo cultural no significa que la psiquiatría se ejerza desde la asepsia; puesto que la clínica psiquiátrica está sujeta a discursos políticos, económicos, sociales y culturales a los que se adscribe y en los que se inscribe. Entonces, hablar de cultura en esta tesis no es hacer referencia a prácticas folklóricas; sino que, por el contrario, es utilizar y contemplar la cultura un como elemento imprescindible dentro de las prácticas establecidas en los hospitales.

III. La organización del hospital: primeras impresiones

Al llegar al nuevo hospital tuve mi primer contacto con el departamento de docencia, el cual era llevado por una única administrativa, Ivana, quien coordinaba la burocracia de las estancias de los residentes. El departamento presentaba dimensiones más pequeñas a las que estaba acostumbrada en el Hospital Italiano de Buenos Aires,

la diferencia radicaba en el volumen de residentes que manejaba cada hospital. El hospital madrileño no contaba con residentes propios para psiquiatría y psicología clínica sino que se abastecía de profesionales de otros hospitales, los cuales enviaban a sus residentes a realizar una rotación por salud mental pediátrica. La mayor cantidad de residentes procedían de las plazas ofertadas por el Ejército Español. Al no contar con plazas propias para internos de psiquiatría y psicología clínica, la labor hospitalaria no era continuista. Los tres meses de rotación en el hospital no permitían a los residentes establecer una alianza terapéutica con los pacientes. Asimismo, los profesionales de planta se mostraban cansados de recibir cada mes una remesa nueva de residentes por lo que su interés en enseñar a las nuevas generaciones se resentía. Un día, el adjunto de psicología con el que trabajé esos meses, a quien voy a considerar uno de mis informantes para el trabajo etnográfico, dijo:

Otra vez me envían a residentes del Ejército, estos meses estará bien pero dentro de tres meses estaré solo de nuevo. Estoy cansado ya de esta situación. Si un residente de psiquiatría instaura un esquema de medicación a los meses será otro residente el que tenga que evaluar la medicación instaurada y no hay un seguimiento real del paciente. El sistema no está pensado para las necesidades de este hospital.

En cuanto a las personas que trabajan en el servicio, agrega:

Aquí trabajan siete psiquiatras y cinco psicólogos, veintitrés profesionales de enfermería, seis celadores y un auxiliar administrativo. Actualmente, existe un equipo de guardia de profesionales psiquiatras las veinticuatro horas, pero no es suficiente, quienes en verdad colaboran con el equipo de guardia son los residentes. No entiendo en que momento nos precarizaron así.

Por otra parte, me reveló que la mayor cantidad de jóvenes de bata blanca que se veían por los pasillos no eran profesionales, sino que eran estudiantes de grado de la carrera de psicología que debían cumplir horas en el hospital. Ellos realizaban la labor asistencial de controlar el peso de los pacientes, coordinar los horarios de los grupos, establecer el cuadrante de citaciones y controlar los diarios de los ingresados.¹⁹¹ Pude observar que la presencia de estudiantes de psicología era elevada, lo que generaba confusión en los pacientes y sus padres al pensar que estos estudiantes

¹⁹¹ *El diario de vida*, es un recurso implementado dentro de la teoría cognitivo-conductual para que el paciente narre sus estados anímicos en un cuaderno y los profesionales puedan evaluar el estado actual del paciente.

eran funcionarios del hospital. Ante esta situación una enfermera de psiquiatría, a quien cito también como informante, comenta:

¡Hija! ¿Qué quieres que te diga?, esto que vemos es el capitalismo en el que vivimos. No se crean nuevas plazas de enfermeros porque el trabajo de seguimiento lo llevan los estudiantes del *practicum*. Sus horas de prácticas le son rentables al hospital porque no se les paga. Es una vergüenza.

En ese momento, cuando la enfermera descargó todo el malestar del sistema sobre mí, me sentí afrentada. Yo, transoceánicamente, era verdugo y víctima de este sistema que explotaba a los jóvenes y que descartaba a los mayores.¹⁹² Siempre había visto mi formación como un privilegio por el que había luchado y en el que me sentía orgullosa de haber sacado el primer puesto en la oposición, nunca había advertido con tanta claridad mi precarización socio-laboral. Tuvieron que pasar cinco años para conocer a Byung Chul Han y poder transcribir toda esta experiencia en términos socio-políticos. No es fácil tomar consciencia de que llevamos impresa la sociedad del rendimiento en nuestros cuerpos. La precarización laboral azota no solo al sistema privado sino que se impone dentro del sistema de sanidad público. El auge de las prácticas empresariales para que los estudiantes adquirieran experiencia, acaban por imponer un sistema de mano de obra barata que desplaza a los profesionales cualificados. De esta manera, la sanidad también es un área afectada por el mercado.

Si bien, el psicólogo adjunto mantenía una desidia profunda frente al sistema, me pudo alojar y conducir en la primera etapa de la estancia. Me explicó aceleradamente el funcionamiento del hospital y me dio la clave de acceso a la sala de ingreso a psiquiatría. Esa clave era un elemento que ostentaba el poder de organizar el espacio: los internos y los profesionales, los locos y los cuerdos, los temporales y los permanentes. Esta clave no solo era un elemento de poder que marcaba la posibilidad de salir del recinto hospitalario sino que, también, ordenaba el tiempo que un profesional permanecería en el hospital.

Owen Lattimore decía de la muralla china que no tenía por función únicamente impedir que los extranjeros entraran a China, sino también impedir que los chinos salieran del país: ésa también es la función de todas

¹⁹² En noviembre de 2019, los residentes de Buenos Aires salen a las calles y hacen huelga en sus puestos de trabajo ya que el gobierno de la ciudad a través de un Decreto de Necesidad y Urgencia les ampliaba la jornada laboral a los sábados y domingos, aumentaba las horas de guardia, reducía los contratos a becas sin derecho a jubilación ni licencias por maternidad o paternidad. El paro fue efectivo y en diciembre se derogó el decreto ley. Disponible online: <https://www.pagina12.com.ar/234702-residentes-el-gobierno-porteno-se-comprometio-a-derogar-la-c>

las fronteras mágicas –ya se trate de la frontera entre lo masculino y lo femenino, o entre los elegidos y los excluidos del sistema escolar- impedir que salgan los que están dentro, en el lado bueno de la línea, que se rebajen, que se desclasen.¹⁹³

A los residentes no se les confería tal saber, puesto que en un par de meses no se encontrarían trabajando allí. De alguna forma, considero que este acto “clave” fue oráculo que revelaría mi permanencia en el hospital un tiempo después.

El dispositivo de ingreso bajo puertas con llave no me provocó sorpresa. Lamentablemente, el encierro continúa siendo uno de los métodos más extendidos para el tratamiento de pacientes agudos que padecen de una enfermedad psiquiátrica. En muchas ocasiones, esta modalidad de aislamiento de la población acaba por incrementar el estigma y fomenta la segregación social de estos colectivos vulnerables. Si una de las problemáticas del paciente “psiquiatrizado” es la dificultad para establecer lazo social; el dispositivo de aislamiento refuerza esa situación. En esta línea dice Goffman:

En este sentido, las instituciones totales no persiguen verdaderamente una victoria cultural. Crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres.¹⁹⁴

De esta manera, el encierro es el primer peldaño hacia un tratamiento restrictivo. Según lo observado, el encierro en este hospital madrileño no persigue la reorganización del contexto, sino que promete una pausa en el transitar cotidiano del enfermo. Esta pausa significa abandonar los atuendos “subjetivantes” por un pijama “normativizante”; abrazar horarios rigurosos para la comida, organizar el tiempo de juego, regular el aprendizaje escolar y, en casos puntuales, sujetar mecánicamente o aplicar terapia de electrochoque. El modo en que está planteado este ingreso en psiquiatría implica el destete de los padres, del hogar, de los amigos, del móvil, de la cama y, si hubiera, de las mascotas. Así, el proceso de interrumpir el *contínuum* diario puede convertirse en una acción violenta al arrancar al sujeto de su medio y elevar su ansiedad. No obstante, se pudo observar que en algunos casos salir del contexto habitual al que pertenecen produce alivio en los progenitores. Estos refieren que pueden descansar luego de largas temporadas de estar sometidos al estrés del

¹⁹³ Bourdieu, *¿Qué significa hablar?*, 105.

¹⁹⁴ Goffman, *Internados*, 26.

cuidador. Considero que éste es el motivo por el cual perdura el dispositivo del encierro, porque establece una distancia que “descomprime” la tensión dialéctica de las partes y emerge un elemento validado que las regula: el poder médico. De este modo, el poder médico opera porque se encuentra en el marco de la Ley. Una Ley que pone cotas a la locura, al desenfreno y al vértigo de la existencia. Por ello, estimo que esta modalidad restrictiva de hacer clínica tiene efectos porque se encuentra del lado de la Ley; pero no porque elabore un trabajo profundo de replanteamiento afectivo, social y cultural. Entonces, qué es lo que falló antes que no pudo operar esta Ley como un límite; qué otros elementos organizadores quedaron descartados y no pudieron estructurar esos vínculos. ¿Qué ocurrió con la familia, la escuela o los clubes deportivos? ¿Qué sucede en otros espacios de socialización para que se tenga que apelar a un dispositivo tan coercitivo? Es imposible dar una única respuesta. El encierro médico proporciona un espacio de regulación de los sujetos que cuesta ser reemplazado. Solo algunos países con políticas públicas consolidadas y con una dotación de recursos adecuados lograron la flexibilización de la institución total.¹⁹⁵ España en general y Madrid en particular sufrieron en la última década recortes significativos en políticas públicas sanitarias. Estos hechos acaban por enfatizar las propuestas de aislamiento al no invertir en profesionales que faciliten la integración de los pacientes en su propio contexto. Así, es la situación actual de los dispositivos psiquiátricos, los cuales deben ser replanteados por los profesionales que trabajamos en los servicios de salud mental para inaugurar espacios disidentes a las lógicas disciplinarias. Es a partir de estas primeras impresiones sobre el ingreso psiquiátrico que se articularán las líneas de pensamiento de la *transclínica* y se creará la herramienta empírica de la *tramoya*.

IV. Historia del Servicio de Psiquiatría

El mismo psicólogo que me dio la clave de la puerta del ingreso me reveló que este servicio de paidopsiquiatría era uno de los más antiguos de España y que su fortaleza radicaba en el trabajo interdisciplinario con otras especialidades: medicina digestiva, neumología, neurología, nutrición, neurocirugía y rehabilitación. Comenta

¹⁹⁵ Como caso paradigmático se puede citar la ciudad de Trieste, donde el gran psiquiatra Franco Basaglia y su equipo logran un proceso de desmanicomialización de los usuarios y consiguen desarrollar una asistencia domiciliaria dotada de médicos, trabajadores sociales y psicólogos.

que en el año 1992 crean la unidad de TCA en colaboración con la sección de adolescentes para ofrecer tratamientos específicos en anorexia y bulimia. Dice:

Lo que comenzó con sólo tres camas de ingresos y un módulo de terapia de grupo, hoy suman: 17 camas para ingresos de TCA; un dispositivo de hospital de día, uno de mañana y otro de tarde; consultas externas; ingreso domiciliario y módulos de terapias grupales para padres y pacientes.

Asimismo, refiere que los niños y adolescentes ingresados en psiquiatría y los que concurren en un segundo momento al hospital de día son atendidos por profesionales de la salud, profesores y voluntarios con quienes realizan actividades lúdicas. Por otra parte, comenta que desde 1991 existe un dispositivo de hospital de día para trastornos psiquiátricos graves de la primera infancia pero que este dispositivo ha ido perdiendo prestigio dentro de la institución. Así, aprendí que había dos salas destinadas para los ingresos psiquiátricos. Una de ellas había sido abierta recientemente y su apertura había sido muy polémica por la segmentación de la población a la que se atendía, ya que en esta sala solo se asistía a pacientes con TCA que no presentasen mayores comorbilidades psiquiátricas ni retrasos madurativos evidentes. Algunos profesionales del hospital estaban en desacuerdo con esta división de la población, puesto que el perfil de esta nueva sala coincidía con un nivel socio-económico alto. El malestar que expresaban algunos profesionales era que un hospital público no podía “elitizar” de esta manera a su población. La crítica, que se establece sobre este abordaje de los trastornos de alimentación en el ingreso a psiquiatría, es que el aumento considerable de camas destinadas a estas problemáticas desplaza otras psicopatologías más complejas y socialmente más vulnerables dentro del sistema. Según un artículo publicado por el ITPS y la FITA, en el año 2013 este hospital incrementa un 25% su actividad en psiquiatría siendo la unidad de trastornos de la conducta alimentaria la más floreciente. El crecimiento de la unidad se correlaciona con el incremento de niños y adolescentes que presentan este trastorno. Según cifras oficiales el 90% de quienes padecen la enfermedad son mujeres mientras el 10% son hombres. Sin embargo, en los últimos diez años ha subido considerablemente el

número de varones que padecen de trastorno de la conducta alimentaria y que llegan a efectivizar una consulta en el hospital.¹⁹⁶

Según lo observado, el tratamiento de los TCA contempla la intervención clínica para la normalización del medio interno; esquema nutricional (en los casos graves se incrementa el suministro de calorías con batidos); tratamiento psicológico y, en caso de ser necesario, incorporar un esquema de medicación. Se observó que el 95 % de los casos recibe durante el ingreso medicación para aplacar cualquiera de estos síntomas: ansiedad, trastornos de sueño, depresión, conductas compulsivas o conductas impulsivas.

Según los profesionales del hospital, los modelos más adecuados son: conductual, cognitivo-conductual, psicoeducativo e integrador. En estos se priorizan los reforzadores, el moldeamiento y la exposición con prevención de respuesta. En la etapa infantil y en la adolescencia temprana se hace hincapié en la enseñanza del manejo de situaciones problemáticas entrenando a los pacientes en auto-instrucciones. Por mi parte, me atrevo a expresar que el condicionamiento operante me resulta un método insuficiente para abordar las causas por las cuales un niño o un adolescente “deja de comer”. Considero que los profesionales de la salud mental debemos ensanchar la mirada y dejar de ver el síntoma para empezar a ver a la persona que se encuentra detrás de él. Así, en el hospital los programas específicos de TCA están dedicados a la evaluación y tratamiento de estos pacientes. Con una base conductista, se plantean objetivos concretos como: la enseñanza del modo en que tienen que comer, la aceptación de comer con ganancia de peso, horarios pautados de comida y digestión, y control total de ingesta de líquidos (es necesario aclarar que en estos perfiles de pacientes puede haber una tendencia a la potomanía que conduce a estados graves de hiponatremia). Durante el trabajo de campo, se pudo observar que estos postulados suelen ser cumplidos con elevada dosis de ansiedad y malestar. “La aceptación de comer con ganancia de peso” es uno de los ítems más complejos en el abordaje, ya que las comidas se realizan con un excesivo control de enfermería y deben durar un tiempo determinado, si este tiempo no lo cumplen y los pacientes tardan más en comer, se les quita la comida y se les instaure un batido hipercalórico

¹⁹⁶ Instituto Tomás Pascual Sanz y Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios, “*Controversias sobre los trastornos alimentarios*”, (2012) Disponible online: http://www.institutotomas-pascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Libro_Controversias_Trastornos_Alimentarios.pdf

extra. Esto eleva la ansiedad en los menores y crea un ambiente de tensión elevada durante las horas de la comida. En mi experiencia no se llega a trabajar “la aceptación de comer con ganancia de peso”, porque los tiempos del ingreso llevan consigo la prisa de aumentar exponencialmente el peso de los pacientes ingresados por anorexia.

Los protocolos cognitivos-conductuales se cumplen escrupulosamente y para ello se aplican los cuestionarios: EDE, EDQ, EDI, EAT-40, EAT-26, ECA, BITE. Los resultados arrojados proporcionan a los profesionales un diagnóstico estandarizado acorde a los códigos internacionales. Refiere el psicólogo informante que el objetivo es poder obtener precisión en el diagnóstico, ya que el 40 % y el 60 % de pre-púberes son diagnosticados como trastornos de la alimentación no especificados. Su patología debe ser diferenciada de otros trastornos alimentarios: trastorno de rechazo a la comida por causa emocional, síndrome de alimentación selectiva, síndrome de rechazo persistente absoluto, fobia a tragar o disfagia funcional y trastorno del vínculo.

De esta manera, refieren los psiquiatras que al tener en cuenta el tipo de trastorno se evaluará la gravedad del mismo y el tipo de tratamiento que se debe ofrecer para: la anorexia nerviosa restrictiva, la anorexia nerviosa purgativa, la bulimia no purgativa; o la bulimia purgativa. Los tratamientos ofrecidos por el hospital son:

- casos que requieren ingreso hospitalario u hospital de día.
- casos que pueden ser tratados de manera ambulatoria: hospitalización domiciliaria, psicoterapia grupal o seguimiento (consulta externa).

Explica que, en el ingreso, el grado de conciencia de la enfermedad condiciona el curso del tratamiento y obliga en caso de recaídas a tomar medidas más coercitivas. (Pérdida de “privilegios”: prohibición de salir al pasillo de la sala; reposo absoluto durante todo el día, incorporación de un batido, entre otras). Al iniciar el tratamiento los pacientes asumen un contrato terapéutico, que se evidencia en lo que llaman: “Plan de Vida”. En éste se fijan las actividades que el paciente puede realizar y la supresión del ejercicio extremo no pautado. También, se organiza de modo gradual la incorporación a la escuela y las horas de estudios requeridas (muchas veces coinciden con estos perfiles una marcada auto-exigencia y una conducta sobre-adaptada hacia los rendimientos posibles en condiciones francas de desnutrición). Para la ejecución del “Plan de Vida” se considera indispensable el compromiso de asistencia al

tratamiento por parte de los padres/tutores. Lamentablemente, esto no se cumple con frecuencia.

V. Una jornada científica

Para continuar con esta labor de deshilvanar los datos empíricos observados durante mi estancia profesional, retomaré una comunicación dada por una especialista en las jornadas de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (AEETCA) organizadas en abril de 2013.¹⁹⁷ La psiquiatra hacía una lectura crítica sobre la escasez de artículos acerca del trastorno de la conducta alimentaria publicados en España y, para ello, establecía una comparativa con las producciones estadounidenses. La brecha en materia científica radicaba, según la conferenciante, en la baja elaboración de ensayos clínicos que ofrezcan datos empíricos sobre los recaptadores de serotonina (ISRS) en el abordaje de la anorexia. Desde esta perspectiva, la producción de conocimiento se fundamenta en una delimitación escrupulosa de síntomas y en la incidencia de una determinada medicación para la remisión de esa sintomatología. Así, la apuesta clínica consistiría en la implementación de un recaptador de serotonina que aplaque los signos del malestar; sin contemplar la posibilidad de realizar un análisis subjetivo y social que estudie holística y singularmente el cuadro sintomático. Sin embargo, lo llamativo de aquella comunicación es que nadie cuestionó en términos político-económicos esa marcada desigualdad en la producción de artículos. Ningún asistente asoció el “éxito productivo” con los intereses de la industria farmacéutica.

El peligro de abrazar estas lógicas científico-mercantiles es que estas prácticas acaban por realizarse sin cuestionamientos porque, en pos de un saber medido, se acumula un conocimiento científico estandarizado. Es así como, queda velado en los protocolos científicos el orden sociopolítico a los que se subscriben los países desarrollados y se desdibuja el mapa de beneficios económicos que subyace tras la producción de estos ensayos clínicos. El propio fundador de la AEETCA, el psiquiatra Gonzalo Morandé, dice en su libro del año 1999: “Actualmente, los fármacos inhibidores de la recaptación son los más usados con responsabilidad, más allá del

¹⁹⁷ En estas mismas jornadas, la coordinadora de la mesa al presentar a un psiquiatra formado en filosofía lo describe como: “Oscar, el psiquiatra que se equivocó de siglo, nos hablará sobre el psicoanálisis en el ingreso a psiquiatría”.

fenómeno de moda que los rodea, sobre todo en Estados Unidos”.¹⁹⁸ Si bien, a finales del siglo XX el responsable de AEETCA logra entrever que hay usos de medicamentos ligados a la moda; el curso del tiempo evidencia la dificultad de desprenderse de las exigencias de producción asociadas a los intereses de la industria fármaco-científica. Así, la acción médica, en la inopia de saber que las prácticas clínicas responden a entramados sociales, económicos y políticos, se sujeta aún más a esos nudos. A partir de lo expresado por la disertante, es imprescindible realizar un análisis geopolítico que identifique las motivaciones que acaban por orientar el tratamiento de la anorexia a la medicalización. En esta línea, Paul B. Preciado en su libro *Testo Yonqui* aborda el impacto del mercado farmacológico en los cuerpos de los sujetos y acuña el término farmacopornográfico para hablar de este nuevo orden socioeconómico. La crítica de Preciado, hacia las nuevas formas de regulación del capitalismo sobre los cuerpos, es que hay cuerpos que no importan. Hay cuerpos que no reciben el mismo interés en los avances de la biotecnología porque sus afecciones no son rentables.

Para el sistema farmacopornográfico estos cuerpos no están ni muertos, ni vivos. Existen en un estado pre-farmacopornográfico, o, lo que es lo mismo, sus vidas no son susceptibles de producir beneficio eyaculante. Son simplemente, cuerpos excluidos del régimen tecnobiopolítico. Es posible imaginar el surgimiento de una industria farmacéutica oriental o africana que pudiera abastecer de triterapias o terapias retrovirales similares a bajo coste a todos los países de Asia y África. Igualmente, si no hay programas de investigación farmacológica para conseguir una vacuna de la malaria (cinco millones de muertos anuales en el continente africano) es porque los países que la necesitan no podrán pagarla. Mientras tanto, las multinacionales occidentales se embarcan en costosos, programas de producción de Viagra o de nuevos tratamientos contra el cáncer de próstata. Fuera de cálculos de rentabilidad fármacopornográfica, ni las disfunciones eréctiles ni el cáncer de próstata resultan prioritarios en países donde la esperanza de vida del cuerpo humano, atacado por la tuberculosis, la malaria y el sida, no pasa de los cincuenta y cinco años.¹⁹⁹

No debería llamarnos la atención la denuncia que hace Preciado sobre las categorías biopolíticas de los cuerpos según las posibilidades socioeconómicas de

¹⁹⁸ Morandé, *La anorexia*, 261.

¹⁹⁹ Preciado, *Testo yonqui*, 46.

cada región; pero no podemos permanecer anestesiados frente a estas lógicas mercantilistas de la salud. Pensar que España sufre un atraso en materia científica, porque no presenta un elevado índice de publicación en relación a los ISRS en población con TCA, es participar irreflexivamente de los lineamientos marcados por Pfizer, Johnson & Johnson, Novartis, Sanofi-Aventis, Merck & Co., Sanofi, AstraZeneca, Lilly, o GlaxoSmithKline. Es de honor detenerse y puntualizar sobre esta última empresa. El laboratorio británico GlaxoSmithKline sufre una denuncia en el año 2004 por parte del Fiscal General de Nueva York, Elliot Spitzer, por falsear los datos de un ensayo clínico de tipo experimental realizado en adolescentes. El polémico *estudio 329* revisó las puntuaciones de depresión durante ocho semanas en tres grupos de adolescentes. Uno de los grupos tomaba Paxil (nombre comercial de la paroxetina),²⁰⁰ otro placebo y al tercer grupo se le administró Imipramina (antidepresivo tricíclico). A pesar de no arrojar datos contundentes en favor del uso de paroxetina como inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), los investigadores concluyeron que el fármaco era bien tolerado en el tratamiento de la depresión grave en adolescentes. La polémica surge a raíz de numerosos casos de adolescentes a quienes no solo no les revertía la ideación suicida, sino que potenciaba el riesgo autolítico.²⁰¹ La manipulación de datos realizada por los médicos contratados por GlaxoSmithKline para la validación del Paxil evidencia la gravedad de abandonar la clínica a las lógicas del mercado. Once años después, en una nota de prensa la BBC retoma el caso y reafirma la necesidad ética de separar los avances científico-farmacológicos de los intereses del mercado: “La polémica generada por el estudio 329 impulsa el debate acerca de la necesidad de que los ensayos clínicos sean independientes en lugar de ser financiados o gestionados por la industria”.²⁰² El peligro de no reflexionar sobre estos entramados de poder es que se equipara la ciencia médica con aquello que se precinta y se vende en las farmacias. Así, el control de los cuerpos continúa sucediendo en el siglo XXI, no tanto desde la coerción de los Estados sino desde las lógicas de la oferta-demanda. La opacidad para advertir los

²⁰⁰ La paroxetina es un fármaco muy extendido en la clínica con pacientes con TCA, ya que ayuda a abrir el apetito.

²⁰¹ Carlos Martínez, “El fiscal del Estado de Nueva York demanda a Glaxo por ocultar datos de un fármaco”, *El Mundo Salud*, 4 de junio de 2004, <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/06/03/industria/1086263751.html>

²⁰² Redacción BBC mundo, “Nuevo estudio cuestiona efectividad del antidepresivo Paxil en adolescentes”, *BBC News Mundo*, 18 de septiembre de 2015, https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150917_antidepresivos_adolescentes_paxil#orb-banner

intereses capitalistas de la industria psicofarmacológica en los protocolos de salud mental se complejiza en otras instancias de regulaciones biopolíticas.

En muchas ocasiones, las investigaciones médicas, en su necesidad de avanzar y de encontrar cura a las enfermedades, acaban siendo subsidiarias de un mercado que las regula. Para poder contrastar etnográficamente esta sentencia, puedo citar una comida en la que participé durante mi estancia en el año 2013. En esta comida había residentes y médicos jubilados de distintos hospitales de Madrid. Uno de ellos, un médico mayor que había sido jefe del servicio de nefrología del Hospital Gregorio Marañón, señaló que fue muy difícil para él la jubilación porque, mientras estaba en activo, había alguien que lo buscaba de los aeropuertos y lo trasladaba a los congresos, iba a hoteles de cinco estrellas o era invitado a cenas de lujo. Sin embargo, una vez jubilado todo ese supuesto reconocimiento por su gran labor de investigación había desaparecido, por primera vez tenía que pagar sus congresos, ir en taxi y comer en un *McDonald's*. El mercado lo usó y luego lo expulsó. El médico narraba esto con capacidad de advertir la perversidad del sistema en el cual trabajó durante cuarenta años; pero sin poder reconocer que él también fue sistema. Esta anécdota puede leerse bajo las claves de Hannah Arendt, cuando narra la involuntaria complicidad que algunos judíos tuvieron con el régimen nazi por ser tratados como “casos especiales”.²⁰³ Hannah Arendt desacraliza el mal; lo convierte en una acción pequeña, constante e irreflexiva. No se puede negar que el médico que protagoniza este relato ha salvado miles de vidas en cuarenta años de profesión y que su producción científica da cuenta de su brillante capacidad clínica; sin embargo, es necesario comenzar a deconstruir estas posiciones. Hay veces que no nos damos cuenta de que trabajamos para aquellos que nos oprimen. El deseo de investigar de este médico jubilado permanece férreo, pero esta vez debe ser él quien se haga cargo de su deseo. Porque, hay veces, que comer en un *McDonald's* es ser un antisistema.

VI. Una aproximación a la anorexia

En esta investigación no voy a presentar una reseña histórica sobre la semiología de la anorexia porque esta revisión, ya se realiza con una versión invariable en todas las investigaciones sobre TCA. Sin embargo, lo verdaderamente importante es

²⁰³ Hannah Arendt, *Eichmann en Jerusalén. Un estudio acerca de la banalidad del mal*, trad. de Carlos Ribalta 4ª ed. (Barcelona: Lumen, 2003), 82.

dilucidar las actuales configuraciones de la clínica contemporánea, cuyo objetivo es la remisión de los síntomas de una enfermedad tan polisémica como lo es la anorexia. La influencia del contexto y de la cultura sobre las patologías psiquiátricas debería ser un aspecto sobresaliente en los protocolos de investigación. Sin embargo, en los países primermundistas, son pocas las tesis que llegan a competir con los postulados biologicistas. Esto no significa que las respuestas biológicas a las que se arriban sean falaces, sino que el modo de formular las preguntas es sesgado. Así, el abordaje de lo psíquico queda circunscripto a los postulados de la neurociencia. Ciencia que, en su afán por encontrar marcadores cerebrales y somáticos, descuida otras formas de pensar lo psíquico.

En el abordaje de la salud mental, en especial de la anorexia, los límites sintomáticos son confusos y la etiología es difusa. En el caso de la anorexia nerviosa, las causas que originan el cese de la ingesta pueden ser diversas por lo que ofrecer un tratamiento estandarizado puede ocasionar el silenciamiento del malestar y la anulación del abordaje desde causas psíquicas, familiares o sociales. En otras palabras, acabamos “sustancializando” al sujeto y nos olvidamos de rastrear los fenómenos que desencadenan el síntoma. El sujeto cede en subjetividad y se transforma en objeto de la ciencia. Ciencia que convierte lo disonante en píldora. Según Preciado:

La sociedad contemporánea está habitada por subjetividades toxicopornográficas: subjetividades que se definen por la sustancia (o sustancias) que domina sus metabolismos, por las prótesis cibernéticas a través de las que se vuelven agentes, por los tipos de deseos farmacopornográficos que orientan sus acciones. Así, hablamos de sujetos Prozac, sujetos cannabis, sujetos cocaína, sujetos alcohol, sujetos ritalina, sujetos cortisona...²⁰⁴

En la era farmacopornográfica, la tecnología empleada para construir una píldora organiza una nueva arquitectura de ser-sujeto en el capitalismo actual. Para Preciado, esta nueva organización de los cuerpos-parlantes es consecuencia de formas de consumo que impresionan subjetivantes; pero, verdaderamente, estos modos de consumir responden a un diseño del mercado. Si bien, en los libros sobre anorexia el uso de medicación es secundario; durante el ingreso pudo verse que al 95 % de los pacientes que se ingresan en psiquiatría se les pauta un esquema de medicación. De esta manera, puede decirse que la mayoría de los participantes con los que se

²⁰⁴ Preciado, *Testo yonqui*, 33.

interactuó durante el trabajo de campo se encontraban medicados. Considero que este tipo de prácticas responde más a lo que se llama psiquiatría defensiva que a las necesidades del paciente. Si un paciente se fuga del hospital o se autolesiona en el ingreso, el psiquiatra es el responsable legal de esta situación y, en los juzgados, puede ser punible la ausencia de medicación.²⁰⁵ Es así como, en las últimas décadas el malestar subjetivo experimenta una “sustancialización”. Al “sustancializarse”, el malestar adquiere cierta regulación en la intensidad de su manifestación pero no es interpelado. Por el contrario, los agentes de salud ofrecen una “solución” que puede llegar a enmarañar aún más el síntoma. En el trastorno de la conducta alimentaria, la gravedad de tratar con algunos antidepresivos o con estabilizadores del estado de ánimo, como el ácido valproico, es que estas medicaciones “engordan”. Abren el apetito y acaban en pocos meses generando sujetos hinchados, inflados, engordados, violentados. La urgencia por tratar las carencias nutricionales de los cuerpos termina ofreciendo una respuesta presurosa que se olvida de que los sujetos son sujetos sociales. Una foto muy utilizada en los PowerPoint de los congresos de “lucha contra el trastorno de la conducta alimentaria”, evidencia la doble violencia ejercida en el cuerpo de un adolescente al someterse a protocolos clínicos cuyo objetivo principal es alcanzar un normopeso.



Img 4: Manzana y espejo, representación de la distorsión de la imagen corporal utilizada en las jornadas.

Los tratamientos fuerzan y se esfuerzan por completar la falta de grasa, de músculos, de hormonas, de regla, de hierro o de vitaminas. Se acaba por volver a

²⁰⁵ En el tratamiento de la anorexia pueden aparecer conductas autolíticas e ideación suicida. Es frecuente también encontrar estados de elevada ansiedad, insomnio y aislamiento.

“redondear la silueta de la manzana” y no se trabaja sobre la percepción dolorosa, esclavista, política y capitalista soportada en los cuerpos. La distorsión de la imagen corporal no cambia con el aumento de peso; sino que, por el contrario, se agrava el malestar y el rechazo por el cuerpo “engordado”. No se alivia el componente ansiógeno, se lo eleva. El riesgo es caer en una clínica con tiempos violentos que no deja lugar a la palabra, porque la urgencia obtura el malestar. El síntoma es tomado por el todo y no se comprende si es una manifestación sintomática de una persona melancólica o de un sujeto neurótico. En otras palabras, se organiza una clínica a ciegas que se olvida de que el síntoma es un elemento subjetivo.

Desde una lectura sociológica sobre la adolescencia, puede decirse que el sujeto anoréxico es un sujeto que se consume porque consume. Consume imagen, consume felicidad, consume viajes, consume estereotipos, consume vida perfecta, consume amor ideal, consume muerte. El grupo Tiqqun²⁰⁶ realiza una crítica radical sobre esta mercantilización de los cuerpos adolescentes y explica, en las líneas subversivas de su blog, la hiperinflación de valores positivos y mandatos de felicidad que se anudan al imaginario de *la Jovencita* como instancia de construcción social. “La Jovencita es optimista, radiante, positiva, alegre, entusiasta, feliz; en otros términos, *sufre*”.²⁰⁷ Así, la delgadez como fenómeno intrínsecamente ligado a la condición de *Jovencita*, revela el entramado de opresión que se ejerce sobre su cuerpo. De esta forma, el ideal encierra la infelicidad de la perfección y eclipsa un amplio abanico de reflexiones sobre las categorías de género. Este significante no hace referencia directa a todas las mujeres adolescentes, sino a ese imaginario social construido en relación a sus cuerpos. En esta tesis, el significante *Jovencita* también hace alusión a los niños *cishombres*²⁰⁸ que sufren presión sobre sus cuerpos. Por ese motivo, se decidió no hablar en femenino para poder dar espacio a los cientos de niños que presentan una anorexia y son estigmatizados por ser esta una “enfermedad de niñas”. La delgadez del cuerpo de los *cishombres* es, en ocasiones, peor tolerada que el

²⁰⁶ Tiqqun es un grupo de pensadores y activistas sociales que escriben bajo estas siglas. Ningún artículo de Tiqqun es firmado, su comité de redacción es llamado “comité invisible”

²⁰⁷ TIQQUNIM: “Primeros materiales para una teoría de la jovencita”. Disponible online: <http://tiqqunim.blogspot.com.es/2013/11/primeros-materiales-para-una-teoria-de.html>

²⁰⁸ El prefijo *cis* fue introducido por el médico y sociólogo alemán Volkmar Sigusch para referirse al sexo asignado al nacer. Volkmar Sigusch, *Geschichte der Sexualwissenschaft*, (Alemania: Campus Verlag, 2008).

“enflaquecimiento” en las mujeres. El Jovencito debe ser viril, bravío y no mostrar debilidad. Esto puede generar una doble frustración y estigmatización en los *cishombres* con anorexia que son ingresados en psiquiatría. Sin embargo, como ya se expresó anteriormente cada año aumenta aún más las cifras de niños con este trastorno. Para ello, es necesario mencionar ese tratamiento biopolítico que reciben los cuerpos de los jóvenes. La naturalización de la anorexia como una patología clínica que “ataca” a población femenina en el inicio de la pubertad debe hacernos reflexionar sobre los motivos que tiene *la Jovencita* para librar tal batalla en el escenario de su cuerpo. Continúan reflexionando sobre esta línea los pensadores del grupo TIQQUNIM:

La anorexia expresa entre las mujeres la misma aporía que se manifiesta entre los hombres bajo la forma de una persecución del poder: la voluntad de dominio. Sólo que, debido a una codificación cultural patriarcal más severa para las mujeres, la anoréxica traslada a su cuerpo la voluntad de dominio que no puede imponer al resto del mundo. Una pandemia semejante a la que en nuestros días constatamos entre las Jovencitas sobrevino en plena Edad Media entre los santos.

El cuerpo de la *Jovencita*, es el escenario social donde se deposita *el deseo de ser el deseo de Otro*. Así, dominar el hambre es dominar el deseo. Es eliminar cualquier instancia que de acceso al Otro. El cuerpo de la anorexia es un cuerpo que aloja a *thánatos*. Que se esconde de ser mirado, que se aísla. El cuerpo de la anorexia no es un cuerpo que se muestre, es un cuerpo que se oculta bajo ropas que velan lo que se consume debajo de sus capas. La persona que sufre anorexia no se muestra, se esconde. La paradoja es que en este ocultamiento se ejerce la fuerza. La experiencia de trabajar con pacientes con anorexia en ambos lados del Océano Atlántico revela una similar situación: el profesional queda conmovido por la fuerza física que puede llegar a tener un cuerpo tan débil. La violencia de los cuerpos sin comida emerge cuando se los obliga a comer. La tensión rabiosa que aparece, batalla entre el poder médico y la rebelión autárquica.

VII. Semiología: otra recolección de datos es necesaria

Para alcanzar un análisis honesto es necesario señalar que no todas las propuestas primermundistas se encuentran ligadas al capitalismo trepidante de nuestro mundo globalizado, ni todas las intervenciones australes contemplan la subjetividad

en términos políticos. Si bien, la clínica psicoanalítica en Argentina consigue espacios de reflexión en relación a las estrategias de consumo de psicofármacos y postula que su uso obstruye la palabra; presenta un desfase en materia de políticas de sexo-género.²⁰⁹ Es en este sentido, que considero que en Madrid se establecen marcos de referencia clínicos (públicos) más amables que no “patologizan” la sexualidad ni el género. De esta manera, es posible decir que la clínica bonaerense, que me tocó conocer, perpetuaba un continuismo heteronormativo. El pene, como elemento anatómico que regula el acceso a la cultura en las teorías freudianas, y el falo, como elemento estructurante en las teorías lacanianas, organizan una clínica binaria que recién en las últimas décadas pretende actualizar los postulados psicopatológicos. Por ello, debo reconocer mi (grata) sorpresa durante la estancia en el hospital madrileño en el año 2013. Allí, encontré por primera vez un abordaje clínico que pretendía integrar políticas de sexo-género. Esto se debe a que en las últimas décadas, la Sanidad Pública Española logra establecer un debate profundo y dinámico sobre sus obligaciones y sus competencias en materia de derechos.²¹⁰ Si bien, España tiene por delante muchos desafíos en comparación con el resto de los países avanzados de la Unión Europea; es pionera en materia de políticas de género con respecto al conjunto de países hispanohablantes. A pesar de las controversias suscitadas a raíz del ejercicio del poder médico como agente regulador de los cuerpos que buscan el cambio de sexo, no puede negarse el avance en este sentido. Facilitar el acceso al proceso de cambio de sexo es una de las conquistas más notables dentro de las políticas del cuerpo. Quien niegue que esto ha sido un avance puede revisar los testimonios de personas transexuales en la época franquista y establecer una comparativa con los adolescentes transexuales de hoy. La desestigmatización es un proceso de democratización y de libertad de los cuerpos que considero que no se puede comprender sin la entelequia del discurso médico. Asimismo, la despatologización de las identidades transgénero por parte del colectivo de psiquiatría es uno de los logros más significativos del siglo XXI, aunque mucho camino quede por delante. Hoy en España la sexualidad se encuentra en la

²⁰⁹ Gayle Rubin, “El tráfico de mujeres: notas sobre la ‘economía política’ del sexo” *Nueva Antropología*, vol. VIII, nº 30, (1986): 95-145. Distrito Federal, México

²¹⁰ Derechos que corren el riesgo de ser dinamitados por las corrientes neoconservadoras, que crecieron en España tras la crisis económica de principio de milenio, y el auge de la extrema derecha en el resto de países de la región. Un ejemplo es que la educación en igualdad de género sufrió un veto por parte de la alianza de derechas en Murcia. El famoso “pin parental” favorecería la consumación de una educación con valores conservadores. Disponible online: https://www.eldiario.es/sociedad/Entrevista_0_9858521_30.html

vidriera de lo “políticamente correcto” y en la lupa para organizar en micro-lecturas esas pequeñas situaciones que se asocian a una dialéctica vetusta. El *Madrid gay friendly* permite oxigenar el peso de las identidades en lo concerniente al sexo y comienza a ofrecer un espacio de convivencia social que aloja distintas orientaciones sexuales y de género. Es así, como estos ejemplos nimios revelan una cosmovisión política y social aplicada al tratamiento biopolítico de los cuerpos. En virtud a estos datos es posible entrever el trasfondo de las luchas feministas desarrolladas en España en las últimas décadas. Así, los debates abiertos sobre la asistencia pública gratuita en el tratamiento de cambio de sexo conllevaron la visualización de estos colectivos de personas que buscaban en la medicina pública una Otredad que los aloje. De esta manera, el pasaje por la Otredad institucional posibilita una dialéctica en la construcción del sujeto *trans*. Es imprescindible promover una clínica dinámica que se aparte de la comodidad que proporciona convertirse en *establishment*. El objetivo es construir una clínica que no se erogue otra vez el poder sobre los cuerpos; sino, más bien, se permita ser una herramienta al servicio de los sujetos-parlantes. En palabras de Foucault,

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.²¹¹

De este modo, es posible agregar que en materia de sexualidad la tecnología ofrecida por la ciencia interviene directamente en la nueva configuración del sujeto-moderno; el cual puede acceder *motu proprio* a tratamientos de cambio de sexo o a terapias hormonales. El desafío es detectar los entramados del mercado para avanzar en empoderamiento y resistir al consumo de identificaciones. Así, el sujeto debe hacerse responsable de su deseo y también de su malestar, por lo que los tratamientos deben ofrecerse como una Otredad que facilite al sujeto sujetarse a su discurso.

En la estancia internacional detecté diferencias significativas en el relevamiento semiológico. Mientras que en el Hospital Italiano de Buenos Aires en el año 2013 aún figuraban dentro de los protocolos de la historia clínica los ítems “género” y “sexualidad”; en el hospital madrileño la sexualidad no era evaluada en una primera

²¹¹ Foucault, “Historia de la Medicalización”, 5.

instancia. A simple vista la recolección de estos datos impresiona inocua; sin embargo, la inclusión de las categorías “género” y “sexualidad” denotan el entramado discursivo presente en las instituciones. En el ejercicio de la medicina, es decir en la clínica, el hecho de que en una historia clínica figure la orientación sexual del paciente organiza el tratamiento y despierta ignorados prejuicios. Por ejemplo, en el Hospital Italiano de Buenos Aires si la persona que se ingresaba a la sala de psiquiatría era homosexual se le recomendaba una analítica ETS para evaluar ausencia de enfermedades de transmisión sexual,²¹² pero si la persona era heterosexual no se le sugería una prueba ETS con esa premura. Si la persona era transexual existía un conflicto en la agrupación de las camas, por lo que probablemente ese paciente o esa paciente acabara en aislamiento en una habitación con bloqueo de camas. Cabe decir que, si bien, la orientación sexual no era sancionada en la institución; cualquier formación que no respondiera a lo heteronormativo podía denotar labilidad en el orden de la personalidad. De esta manera, pacientes que se pronunciaban bisexuales podían correr el riesgo de sumar “ítems” para ser considerados dentro de los trastornos de personalidad. Una residente de psicóloga clínica, Marina Straschnoy, escribe una viñeta sobre aspectos del tratamiento ofrecido en el Hospital Italiano de Buenos Aires a un paciente con sexo biológico de mujer (cismujer), identidad de género masculina y pareja masculina, por lo que se autodefinía como gay:

Muchos interrogantes quedaran abiertos y desplegados, ya que las prácticas reales y concretas de los sujetos avanzan más velozmente que las posibilidades de los profesionales de poder transformar sus pensamientos en palabras encerradas en teorías, es decir, de poder conceptualizar simbólicamente aquello que forma parte de la vida cotidiana de los sujetos. El peligro de esta distancia es no saber ser cuidadosos con la herencia, es decir, poder discriminar sabidurías que, aunque añosas, se mantienen con la misma potencia de sanar que en su origen, de modalidades de conceptualizar que, iatrogénicamente, nos harían caer en discriminaciones, no solo simbólicas, sino visibles, palpables y tangibles.²¹³

La siguiente imagen corresponde al protocolo de ingreso en psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. En él se puede observar como conviven los ítems

²¹² Este tipo de analíticas siempre son pedidas previo consentimiento escrito de los pacientes.

²¹³ Marina Straschnoy, “Generosidad: el respeto por la diversidad sexual”, *Revista Topia un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultural*. Enero de 2011, <https://www.topia.com.ar/articulos/generosidad-respeto-diversidad-sexual>

propios de la descripción de la semiología psiquiátrica con la categorización del género y la sexualidad. Estos datos que parecen inocuos revelan la sistematización biopolítica de los sujetos, que frente al poder médico deben exponer sus condiciones sociales, culturales, económicas, familiares y genéticas. Estos datos valen mucho y la forma de recabarlos estaba resguardada por la confidencialidad de la escritura en papel; sin embargo, hoy son volcados a planillas informáticas. Durante mi formación como especialista me tocó realizar la transición del papel al ordenador, en ese momento no advertimos que este cambio al soporte digital podía conllevar la vulneración de los derechos humanos. Por ello, es necesario ser conscientes sobre que datos recabamos y a quienes estamos dando esa información. Recoger datos sobre sexo, género, religión, antecedentes perinatales, etc. pueden ser utilizados para beneficios de la industria o, lo que es peor, para reforzar teorías xenófobas.²¹⁴

²¹⁴ En la página oficial de Glaxosmithkline figura el acuerdo millonario que estableció con la empresa de análisis genético 23andMe para que le ceda sus datos. Disponible online <https://es.gsk.com/es-es/innovacion-responsable/innovamos/23andme-y-gsk-cuando-la-union-hace-la-fuerza/>

HISTORIA PSIQUIÁTRICA

Fecha:
Nombre:
Edad:
Género:
Ocupación:
Informantes:
Intervención Policial:
Motivo de Consulta (cuadro actual):

Fecha de inicio del cuadro actual:

Posibles factores desencadenantes del cuadro actual (estresores):

Tratamiento farmacológico actual (efectos adversos):

Examen Psiquiátrico Actual

Estado de conciencia: ☐ Lúcido ☐ Vigil ☐ Somnoliento

Juicio: ☐ Conservado ☐ Desviado ☐ Suspendido ☐ Disminuido

Orientación: ☐ Tiempo ☐ Espacio ☐ Autopsíquicamente

Actitud: ☐ Cooperativa ☐ No cooperativa

Modalidad expresiva: ☐ Pertinente ☐ No pertinente

Estado de Ánimo: ☐ Depresivo ☐ Maníaco ☐ Desinhibición / Euforia ☐ Hipomaniaco
☐ Hipertimia placentera ☐ Hipertimia displacentera

Signos: ☐ Ninguno ☐ Ansiedad ☐ Angustia

Psicomotricidad: ☐ S/alteraciones ☐ Hipomotricidad ☐ Hipermotricidad
☐ Inquietud motora ☐ Agitación motriz ☐ Excitación psicomotriz

Sensopercepción: ☐ Sin alteraciones ☐ Alucinaciones:

Curso del pensamiento: ☐ Sin alteraciones ☐ Bradipsiquia ☐ Taquipsiquia ☐ Ecolalia ☐ Fuga de ideas ☐ Discurso incoherente ☐ Incoherente ☐ Confabulaciones de relleno ☐ Discurso tangencial ☐ Pararespuestas

Contenido del pensamiento: Ideas: ☐ Culpa ☐ Muerte ☐ Autoagresivas ☐ Heteroagresivas ☐ Fijas
☐ Megalómanas ☐ Aparato de Influencia ☐ Delirantes

Conciencia de enfermedad: ☐ SI ☐ NO

Antecedentes psiquiátricos (medicación)/psicológicos:

Internaciones previas:

Ideas de suicidio/ Tentativas de suicidio previas:

Descripción del paciente por familiar:

Estudios alcanzados:

Actividad laboral:

Actividad social:

Sexualidad:

Coefficiente intelectual estimado:

Religión:

Antecedentes clínicos (alergia, SIDA, Hepatitis, Intervenciones quirúrgicas):

Antecedentes perinatales del paciente (prematureo, HTA, fórceps):

Consumo de sustancias y patrón de consumo:

Genograma:

Interrelación familiar:

Antecedentes Familiares Psiquiátricos

Psicosis (esquizofrenia, paranoia, hebefrenia, trastornos delirantes crónicos):

Demencias (cuerpos de Lewi, Parkinson, Prefrontal, etc.):

Suicidios/tentativas suicidas en la familia:

Img 5: Réplica de una historia clínica de ingreso en psiquiatría.

Análisis de la Experiencia Profesional

I. En un segundo momento, pensar

Deshilvanar las observaciones que realicé en la estancia profesional me condujo a la necesidad de conocer otros entramados teóricos que aborden las problemáticas acaecidas en la clínica. Mi regreso a Buenos Aires, luego de tres meses de aprendizaje en otro país, fue impactante. La formación como residente terminaba. Debía decidir si volver a una rutina sistematizada o dar un giro en el timón, para aventurarme a nuevos desafíos intelectuales. Por entonces, sentía que necesitaba pensar sobre las similitudes y las diferencias de las instituciones por las que había desarrollado mi formación profesional. Renuncié a cualquier ofrecimiento laboral y quedé en el paro. En un paro sin ayuda al desempleo, ya que en Argentina el sistema de residencia era considerado una “beca” y no cotizaba por la seguridad social. Así, de tener una agenda llena de guardias y jornadas laborales extenuantes, pasé al vacío. Del vacío a la angustia y de la angustia a la acción. Supe inmediatamente que necesitaba continuar estudiando, deseaba encajar las piezas del puzzle hospitalario con teorías que me prestasen palabras y tiempo. Desde las grietas de esa primera experiencia intercultural y desde la evidencia de una necesidad de humanismo; surgió el deseo de estudiar en el Máster de Teoría y Crítica de la Cultura de la Universidad Carlos III de Madrid. Máster, que a su vez, presentaba un programa que alberga un entramado ecléctico de saberes. Así, empecé los ahorros y me abracé al coraje para regresar a Madrid. Tardé una semana en adaptarme a la rutina universitaria y a la ciudad. Tardé siete años en alojarme a un discurso teórico. En el máster, tomé clases con Eduardo Pérez-Rasilla; la profundidad de sus propuestas dramáticas condensaban las búsquedas que había realizado a tientas. El teatro me volvió a enamorar, como ya lo había hecho en mi pubertad. Una vez más, podía corroborar que la disciplina teatral posee la capacidad de narrar historias integrando la palabra y el cuerpo. Esa amalgama que realiza el arte dramático señala la escisión que establece la clínica. La clínica del norte priorizando el cuerpo enfermo del paciente anoréxico, la clínica del sur priorizando la palabra nacida en el diván. De esta manera, considero que los tratamientos perpetúan el debate cartesiano y no indagan en la integración de la mente y el cuerpo. Desde estas hendiduras clínicas, le propuse al hospital, donde había realizado la estancia profesional, crear un espacio de teatro para pacientes pediátricos ingresados en psiquiatría. Mi intención era poder

organizar un espacio amable donde los pacientes pudiesen expresarse. La propuesta se estructuró dentro de los requerimientos del trabajo de fin de máster y la acción se enmarcó dentro de un voluntariado gratuito. Así, para el trabajo de campo desarrollado no se contó con ninguna subvención ni ayuda económica que permitieran el sostenimiento del espacio creado. La actividad se realizó por el deseo de habitar los márgenes institucionales. Esta situación de precariedad económica, por momentos, provocó una serie de conflictos en relación a la continuidad del proyecto. Sin embargo, es necesario referir que la inexistencia de vínculos económicos y laborales favoreció el surgimiento de la espontaneidad durante el trabajo de campo y de la sinceridad en el proceso de escritura. Me llevó tiempo comprender, que las críticas suscitadas al sistema de salud fueron posibles por la instancia que separa mi régimen laboral con mi posición de investigadora. En esta línea, puede decirse que el espacio de teatro dentro del ingreso pudo ser llevado bajo el concepto de “trabajo de campo” propuesto por Rivers:

En teoría, fue Rivers quien inició propiamente el trabajo de campo. Su método concreto, desarrollado en la edición del *Notes and Qlleries de 1913* contenía los siguientes elementos: un investigador solo, “trabajador privado”, especialista de la etnografía, ocupándose de todos los campos etnográficos, viviendo un año o más en una comunidad pequeña... Es decir, un investigador desligado de la comunidad de procedencia, no dependiente de la administración, de la iglesia o de empresas comerciales, formado académicamente y conocedor de las disciplinas antropológicas y de las ciencias sociales, interesado por la cultura en su sentido más global, viviendo, conviviendo de forma continuada y prolongada con las gentes que forman una comunidad local, un grupo social, una organización formal o una mera agrupación relativamente estable.²¹⁵

Pero la complejidad de la propuesta no está relacionada solo a la falta de recursos económicos para poder llevarla a cabo, sino a la naturaleza de su proposición: realizar un acto discontinuista en los protocolos clínicos. Es necesario aclarar que el teatro dentro de los hospitales psiquiátricos no constituye una novedad, ya que fueron muchos los psiquiatras que apostaron por conjugar arte dramático y salud mental. El primer registro organizado y formal fue el del psiquiatra Jacob Levy Moreno con su

²¹⁵ Velasco y Díaz de Rada, *La lógica de la investigación etnográfica*, 20.

teatro de la espontaneidad.²¹⁶ En 1925, Moreno llegó a Estados Unidos y en el nuevo mundo desarrolló su teoría clínica basada en el abordaje social y vincular a través del teatro. Luego, estas teorías florecerían a lo largo y a lo ancho del continente. Por ello, el trabajo con teatro en salud mental es un hecho frecuente en los hospitales psiquiátricos de Argentina y en el resto de los países de la región. El eco de estas prácticas resonaba en mí y comprendí que podía replicarse esta modalidad de tratamiento desde este lado del Atlántico. De este modo, preparé un dossier específico que contemplaba las normativas del protocolo de ingreso del hospital madrileño y lo presenté al jefe de servicio de psiquiatría. El sí del jefe de psiquiatría fue inmediato; el sí de la inspectora de enfermería tardó cuatro meses. Este último, estuvo condicionado por algunos intereses particulares de la gestión interna (una voluntaria que realizaba talleres lúdicos dentro del ingreso había dejado de asistir). De esta manera, no puede considerarse que fuese un *sí* férreo desde la convicción de que el teatro es capaz de movilizar el deseo en los pacientes. Más bien la nueva actividad presentaba un talante lúdico para la institución, por lo que se la relegaba a aquellas horas “vacías” de actividades. Descubrí que el teatro en Madrid no gozaba del estatuto conferido en Buenos Aires, mucho menos de una categoría terapéutica. Por el contrario, la actividad era completamente invisible dentro del tratamiento. Cada semana debía asistir una hora antes para recordar a los médicos que debían derivar a los pacientes a ese espacio. El trato con los profesionales fue agrio al principio. Percibía cierta desconfianza, quizás por el seseo en mi hablar. Tuve que recurrir a mi antigua bata de residente para organizar un semblante de autoridad, pero cada semana me volvían a interrogar con las mismas preguntas sobre quién era yo y se volvía a alborotar la sala buscando un celador para que me acompañase al teatro con los pacientes. La propuesta estableció una ruptura epistemológica que me llenó de interrogantes, de soledad. Esa soledad que Malinowski cita en su libro *Los Argonautas del Pacífico*: “Imagínese que de repente está en tierra, rodeado de todos sus pertrechos, solo en una playa tropical cercana de un poblado indígena, mientras ve alejarse hasta desaparecer la lancha que le ha llevado”.²¹⁷ Es posible realizar un paralelismo entre la etnografía planteada por Malinowski en 1922 y la etnografía planteada en esta tesis: los comienzos son en soledad. Una soledad basada en una apuesta clínica poco ortodoxa

²¹⁶ Jacob Levy Moreno, *Teatro de la Espontaneidad*, (Buenos Aires: Vancu, 1977).

²¹⁷ Bronislaw Malinowski, *Los argonautas del pacífico occidental*, trad. Antonio J. Desmonts, 3ª ed. (Barcelona: ed. Península, 1986), 22.

para los protocolos científicos europeos actuales. Una soledad que plantea una etnografía contraria al eurocentrismo. En esta tesis, no es el hombre blanco que va a tribus lejanas para organizar los sistemas de creencias de los pueblos; sino es una mujer latina que interpela la cultura institucional. Sin embargo, puede decirse que esta soledad solamente duró un tiempo. El jefe del servicio de psiquiatría me puso en contacto con la coordinadora de actividades lúdicas del hospital, Eva Maestre Casas. El encuentro con ella fue a la salida de una actuación que habían realizado los niños de su asociación para un congreso médico. La actuación fue una pieza de danza llevada a cabo por pacientes del servicio de rehabilitación con diagnóstico de parálisis cerebral infantil; médicos y enfermeros lloraban por ver a sus pacientes en otro espacio alejado del frío de las consultas. Desde ese día comenzamos a trabajar juntas, por eso esta tesis no puede pensarse sin su presencia y sus aportes.

El encuentro con Eva Maestre Casas merece una explicación especial. Me tomaré la licencia de transcribir una cita larga, un pasaje fundacional del método etnográfico planteado por Clifford Geertz. Los trabajos de campo requieren un tiempo de adaptación al medio, no solo por parte de los profesionales que necesitan organizar la mirada; sino también de las personas con las que se trabaja. Los informantes de un etnógrafo serán personas de confianza que irán tejiendo sin saberlo el entramado discursivo. Clifford Geertz cuenta en el artículo “Riña de Gallos en Bali”, que para ser tomado como un observador participante tuvo que pasar por un “bautismo social”. Antes de que la policía comenzara a perseguirlos por participar como observadores de la actividad de riña de gallos, la cual se encontraba prohibida en Bali, eran fantasmas con los que nadie interactuaba. Dice:

Echamos a correr por la calle principal de la aldea hacia el norte alejándonos del lugar en que vivíamos, pues nos encontrábamos en aquel lado del reñidero. Después de haber recorrido cierta distancia, otro fugitivo se metió repentinamente detrás de una empalizada —que resultó ser la de su propia casa— y nosotros, no viendo por delante más que campos de arroz y un alto volcán, lo seguimos. Cuando los tres llegamos tambaleando al patio de la casa, la mujer del fugitivo que aparentemente ya había vivido esta clase de experiencias antes, preparó una mesa, la cubrió con un mantel, acercó tres sillas y tres tazas de té; y allí estábamos los tres sentados sin comunicarnos explícitamente nada, mientras comenzábamos a beber el té y tratábamos de componer nuestras figuras. Al cabo de un rato entró en el patio uno de los policías con aire importante; buscaba al jefe de la aldea

(...) Al reparar en mí y en mi mujer, "gente blanca", el policía tuvo la clásica reacción tardía de los balineses ante un hecho inesperado. Cuando volvió a ser dueño de sí mismo nos preguntó aproximadamente qué diablos estábamos haciendo ahí. Nuestro amigo desde cinco minutos antes acudió instantáneamente en nuestra defensa, hizo una apasionada descripción de quiénes éramos y de lo que hacíamos, tan detallada y precisa que me tocó a mi vez asombrarme, pues apenas me había comunicado con un ser humano vivo como no fuera mi aposentador y el jefe de la aldea. Dijo que teníamos perfecto derecho de estar en aquel lugar mientras miraba fijamente a los ojos del javanés, dijo que éramos profesores norteamericanos, que contábamos con la protección del gobierno, que estábamos allí para estudiar la cultura del lugar, que íbamos a escribir un libro para enterar a los norteamericanos de lo que era Bali y que habíamos estado allí bebiendo té y hablando sobre cuestiones culturales toda la tarde, de modo que no teníamos noticia alguna sobre una riña de gallos. Además, no habíamos visto al jefe de la aldea durante todo el día; debería de haber ido a la ciudad. El policía se retiró bastante cabizbajo. Y después de un rato, desconcertados pero aliviados de haber sobrevivido y no haber ido a parar a la cárcel, también nosotros nos marchamos. (...) Aquél fue el momento de cambio total de nuestras relaciones con la comunidad, y ahora ya nos encontrábamos literalmente "adentro". Toda la aldea se abrió para nosotros, probablemente más de lo que se hubiera abierto de no haber ocurrido aquel incidente (en realidad sin él, nunca habríamos tenido acceso a la presencia de aquel sacerdote y además nuestro accidental anfitrión se convirtió en uno de mis mejores informantes) y por cierto con mucha mayor rapidez. Ser apresado o casi apresado en una operación policial contra el vicio tal vez no sea una fórmula muy recomendable para alcanzar esa relación misteriosa tan necesaria en el trabajo antropológico sobre el campo, pero a mí me dio muy buenos resultados. De pronto fui aceptado de una manera inusitada y completa en una sociedad en la cual resulta extremadamente difícil penetrar a los extranjeros. Cuando me marché del lugar, había pasado más o menos tanto tiempo observando riñas de gallos como observando la hechicería, los riegos, las castas y los matrimonios.²¹⁸

Sin este entramado es imposible hacer etnografía, sin esta posibilidad de participar y convivir en el espacio, es imposible pensar las razones que tienen los sujetos para actuar como actúan. Pensar que hacer clínica es “medir” los efectos de las intervenciones, sin tener en cuenta el tejido social que habita en cada institución es

²¹⁸ Clifford Geertz, *La interpretación de las culturas*, 342.

realizar un recorte que acaba con lo humano. En mi caso, debo citar como eje fundamental de mi quehacer clínico a la artista Eva Maestre Casas. Si bien, ella hoy es una amiga con la que trabajo y ejercito esta clínica poco ortodoxa, fue mi principal informante en el hospital. Su pertenencia a la institución me reveló los entramados institucionales y sindicales que organizan la estructura del hospital. Me informó sobre los recortes públicos que se sufrieron durante la crisis, los cuales conllevaron la venta de los servicios hospitalarios a empresas privadas de lavandería, de comida, de limpieza. Reveló que la presencia de las ONG que participan en el hospital; si bien, ejercen su labor a destajo, son cómplices de la precarización laboral de los profesionales al cubrir labores que deberían ser solventadas por la hacienda pública (maestros, educadores, trabajadores sociales, coordinadores de actividades lúdicas... etc.). Puedo decir que todos los hilos invisibles que se tejían en la institución, fueron revelados por Maestre Casas. En poco tiempo, mi presencia comenzó a ser menos llamativa a los funcionarios y las conversaciones se tornaron menos defensivas. De la mano de mi informante, los funcionarios tomaron conmigo el cafecito de la mañana y fumaron el cigarrito de la tarde. En estas prácticas, se basó parte de mi trabajo etnográfico. El dispositivo del bar es un elemento aglutinante en la cultura española, para adentrarse en ella es necesario manejar ese código. De otra forma, la mirada se teñiría de prejuicios e incompreensión. No es fácil ver a los sanitarios tomar alcohol en un hospital infantil.

Trabajo de campo predoctoral

I. Sobre hombros de gigantes

El desafío intelectual que supone esta tesis doctoral tiene como antecedente el recorrido científico y artístico de la bailaora de flamenco Eva Maestre Casas, quien desde el año 2004 confecciona protocolos de intervención a través de las artes escénicas para niños y niñas con disfunciones motoras y para adolescentes en tratamiento psiquiátrico. Maestre Casas, antes de embarcarse en el campo de la salud física y mental, obtuvo un destacado reconocimiento artístico en el mundo del flamenco. Si bien, la bailaora nunca dejó la escena, desde el año 2003 se aparta de las grandes carteleras para iniciar un nuevo camino artístico abocado a la diversidad funcional. Su sensibilidad la condujo a crear espacios de artes escénicas para niños y adolescentes que se encontraban en tratamiento en los hospitales públicos de Madrid.

En el año 2004, la Dra. María Antonia Linares del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús solicita a Eva Maestre Casas confeccionar una nueva modalidad de intervención en disfunciones motoras y Parálisis Cerebral Infantil (PCI) a través de la danza. En paralelo comienza con talleres de expresión corporal adaptados a pacientes en tratamiento psiquiátrico en el hospital de día de esa misma institución. Los pacientes de psiquiatría expresaban sentirse más activos, lúcidos y cómodos con sus compañeros. Por este motivo, el entonces jefe de Servicio de Psiquiatría, le propuso establecer que los talleres tuvieran una frecuencia semanal. El trabajo con estas poblaciones requirió de la construcción de metodologías adaptadas a las necesidades de los pacientes. De esta manera, la intervención artística se cristalizó en dos protocolos clínicos dirigidos a:

1. Pacientes con disfunciones motoras relacionadas a parálisis cerebral infantil (PCI) y (GMFCS) II, III y IV.
2. Pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y Trastorno del comportamiento por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante y trastorno disocial.

A finales de 2012, Eva Maestre Casas conforma la Asociación Creando para fomentar la implementación de las artes escénicas en hospitales públicos a fin de proporcionar recursos humanos y materiales que permitieran la continuidad del trabajo iniciado. En marzo de 2014, me incorporo de manera voluntaria a la Asociación con el compromiso de adaptar los dispositivos artísticos a los perfiles clínicos. Para lograr una adecuada intervención fue necesario tener en cuenta que los niños y las niñas con disfunciones motoras hacen frente a numerosas operaciones quirúrgicas, tratamientos ortopédicos y sesiones de fisioterapia, los cuales organizan de manera cerril su esquema corporal. Esta irrupción prematura y aséptica en los cuerpos de los menores se contrapone a los cánones occidentales de cuidado infantil donde solamente las madres, los padres y los cuidadores pueden asumir el cuidado corporal y la higiene de sus hijos.²¹⁹ Sin embargo, estos pacientes desde muy temprana edad son manipulados en pos de una estimulación neuromotora, lo que configura otra percepción del cuerpo y de la subjetividad. Los niños y las niñas con PCI con quienes se trabajó no manifestaban pudor al mostrar sus cuerpos. Sin embargo, para los pacientes de

²¹⁹ Philippe Ariès, *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*, trad. Naty García Guadilla, (Madrid: Taurus, 1992).

psiquiatría el desafío se establecía en tolerar la mirada del público. Es a partir de esta distinción que se desarrolla un protocolo específico para el tratamiento de las emociones en cada dispositivo. Desde esta concepción, el trabajo que realiza Eva Maestre Casas aborda otra organización corporal ligada a una subjetivación en la presunta acción “objetivante” de rehabilitación. El tratamiento debe tener en cuenta la emocionalidad de los participantes porque los pacientes no son solo cuerpos que deben alcanzar los parámetros estadísticos de la normalidad, sino que son sujetos-parlantes que tienen el derecho de organizar su desarrollo corporal y afectivo desde el tratamiento de la intimidad y el respeto corporal. La ejercitación del movimiento bajo el ritmo de la música organiza nuevas formas de corporalidad. El cuerpo cuando es capaz de expresar deja de ser cárcel cartesiana para poder ser parte de la acción del sujeto. Desde estos dispositivos la integración del cuerpo, la mente y la afectividad dejan de ser instancias separadas para convertirse en un trabajo artístico que conjuga la música, el ritmo, el movimiento, la mirada del público y a los compañeros. Eva Maestre Casas comprendió que el arte respeta los tempos de la escena y organiza la acción al compás del encuentro con los otros, porque respetar los tiempos de una pieza de baile constituye para estos niños un aprendizaje extraordinario de democracia. Los niños y adolescentes que asisten a los talleres de danza y arte dramático ejercitan otro vínculo corporal donde sus cuerpos participan de dispositivos que favorecen y estimulan el desarrollo de la afectividad. Acaso, ¿qué otra cosa es la danza y el teatro sino el despertar de lo sensible? Comprender a estos niños y niñas como sujetos sensibles del lenguaje y no como pacientes pasivos en quienes repercute la acción médica, constituye todo un compromiso ético que Maestre Casas logra consolidar a lo largo de quince años de trabajo ininterrumpido con esta población. Refiere el entonces director de Relaciones Institucionales de la Asociación Creando, Eduardo Iglesias, en una entrevista con el viceconsejero de sanidad de la Comunidad de Madrid:

Cuando yo conocí a Eva en el año 2015 estaban por representar la obra *Maléfica* en la Real Escuela de Arte Dramático de Madrid. Había niños por todos lados, madres y padres asfixiados por el calor maquillando a los protagonistas y abuelas nerviosas por los pasillos. En todo ese caos Eva da una voz y llama a todos al orden: “os he dicho que estéis de pie y derechos, nada de encorvar la columna”. Yo no podía creer que estuviera hablando con esa dureza a esos niños, quienes inmediatamente se irguieron y adoptaron posición de bailarines. Donde yo veía discapacidad, Eva veía artistas.

El abordaje de la diversidad funcional, que realiza la Asociación Creeando, da cuenta de la posición ética, reflexiva y responsable que sostiene su directora. Al no fomentarse institucionalmente la victimización de los cuerpos, brinda a los sujetos horizontes de libertad y de igualdad. Creeando busca el talento en el pequeño movimiento, movimiento que interpela al que está en la butaca y lo lleva a sitios de incomodidad política y social. Eso es el arte.



Img 6: Fotografía, Entre los bastidores de la obra *Maléfica* en el auditorio de la Real Escuela de Arte Dramático, 2015. Archivo Documental Asociación Creeando, Madrid.

La Asociación tiene como premisa el tratamiento de la diversidad en términos de inclusión y de profesionalización de las artes. Es por este motivo que su accionar tiene tres fases: *dispositivos para el ingreso*, *dispositivos para las consultas externas* y *dispositivos en centros artísticos*. En esta tercera fase el objetivo es la despatologización de los participantes para lograr su transformación en artistas. Hay una anécdota que recuerda Eva Maestre Casas de la representación de la obra *Maléfica* en el auditorio de la Real Escuela de Arte Dramático, dice:

Al acabar la representación de *Maléfica* una de las protagonistas de siete años de edad le dice a su compañera mientras se ríe: “mira, los de la primera fila están llorando. Siempre pasa lo mismo”. La niña que es completamente consciente de su corporalidad toma distancia y no se victimiza, se empodera. Sabe que la falta no está en ella, que está en el otro.

Esta anécdota revela que esa risa sabia de la niña denuncia que ella es consciente de su cuerpo y puede reconocer la mirada de quienes solo se detienen en las grietas de lo especular. El empoderamiento, que realiza la Asociación Creeando,

rompe las lógicas de los presuntos beneficios secundarios de la enfermedad que vuelven a las personas dependientes con posiciones de inmovilidad frente a la mirada del otro. Salir a bailar teniendo una parálisis cerebral no es la “espectacularización” de la limitación, sino que es una acción política disidente que rompe los límites de la idealización de los cuerpos. De esta manera, puede pensarse que la labor realizada por la Asociación Creeando se ubica dentro del marco de las leyes sobre la diversidad funcional. Leyes que cuestionan los abordajes que estigmatizan y segregan a la población. La aproximación que propone es delicada al apartarse de los términos pretéritos y binarios relativos a la “normalidad” o la “anormalidad”, ya que aboga por nuevas vías que contemplen lo diverso en el arte. El principal objetivo de Creeando es acercar las artes a colectivos vulnerables; los cuales son, a priori, excluidos de las propuestas estéticas. En un artículo publicado por Julio Checa donde hace una reseña sobre la Asociación Creeando puede leerse:

De este modo, la danza puede convertirse, además, en un recurso privilegiado para vislumbrar los errores posturales que se deben corregir, a través de la creatividad, y para acceder a la voluntad interna del paciente, pues “el cuerpo es un mapa que encierra la historia del individuo”, como sostiene Eva Maestre, al tiempo que favorece cambios en la expresión de las emociones del pensamiento y el comportamiento, gracias a la ampliación del espectro del movimiento.²²⁰

De esta manera, el potencial creativo que tiene Creeando reside en su compromiso con el Arte. La selección de los participantes, que se realiza en cada incorporación a la asociación, no está ligada a criterios diagnósticos sino al interés que tenga el menor por lo artístico. No se trabaja con todos los pacientes que necesiten un programa de rehabilitación, se trabaja con los niños y niñas que deseen explorar la creatividad y la disciplina de las artes.

II. Historia del dispositivo: artes escénicas en psiquiatría

El proyecto de intervención en psiquiatría tuvo otros tiempos y otros cauces diferentes de consolidación en relación al tratamiento desarrollado en Parálisis Cerebral Infantil. En el año 2006, el proyecto de artes escénicas de la Asociación

²²⁰ Julio Checa, “Sobre la representación de la diversidad funcional en el teatro español contemporáneo”, en *¿Discapacidad?* ed. por Julio Checa y Susanne Hartwing (Berlin: Peter Lang, 2018), 80.

Creeando se abre al ingreso en psiquiatría. La apertura de arte escénico dentro del ingreso en psiquiatría fue gracias a que ese año Maestre Casas fue nombrada coordinadora de actividades lúdicas del hospital. Esto se puede leer como un gran avance, ya que los menores ingresados en psiquiatría se encuentran con un régimen de puertas con llave y bajo orden judicial por lo cual los progenitores pierden momentáneamente la tutela de sus hijos. La nueva propuesta trajo consigo energía y vitalidad a los pacientes, a quienes las horas en el ingreso pasan con una velocidad asfixiante por lo que cualquier invitación que rompa el ritmo cansado del reloj es recibida con entusiasmo por parte de los menores. Durante un largo período, el trabajo de Maestre Casas estuvo abocado a un espacio lúdico de distensión. Sin embargo, el compromiso y la reflexión de diez años orientaron la intervención con teatro hacia una apuesta clínica. En el año 2014, cuando conozco la Asociación Creeando comienza un período de complementariedad de saberes. Poco a poco organizamos un nuevo espacio que contiene la sinergia de lo artístico y lo clínico. Es así cómo en octubre de 2013 presento el proyecto de teatro al jefe de servicio de psiquiatría, en febrero de 2014 comienzo con los talleres de teatro y en marzo de 2014 empiezo a trabajar con Eva Maestre Casas. Durante el primer año los talleres tuvieron un carácter irregular por la escasez de pacientes derivados por los psiquiatras; el solapamiento de actividades en el horario propuesto por la institución y la escrupulosa vigilancia del personal sanitario durante la actividad; pero luego comenzó la transformación. Durante los años 2014-2015 el promedio de pacientes que asistían a la actividad no ascendía a los tres participantes. A partir del año 2016 hasta el año 2018 la cifra aumentó a una media de dieciocho pacientes por sesión. De esta manera, aparecieron los cambios en la estructura de funcionamiento y en la percepción institucional del espacio, lo que permitió configurar un dispositivo específico para la intervención en una población infanto-juvenil con diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria ingresada en psiquiatría.

Análisis predoctoral de los datos

I. In vestigium

Como se expresó anteriormente, el proyecto de teatro para pacientes pediátricos ingresados en psiquiatría se organizó bajo los lineamientos científicos de un trabajo de

fin de máster que se defendió en octubre de 2014. La hipótesis inicial de investigación del trabajo de fin de máster fue comprobada. Los participantes demostraban mayor soltura en el manejo del cuerpo como vehículo para contar historias; habilidad para poder enfatizar la presencia corporal en el escenario; tolerancia a la mirada de los otros y toma de conciencia de los propios movimientos efectuados. Sin duda, el prisma con el que se evaluaba la propuesta estaba focalizado en el cuerpo y en la “reconciliación” con la autoimagen. Bajo esa línea de investigación, en el año 2015 se presenta ante el Comité de Ética e Investigación Científica (CEIC) del hospital un proyecto de investigación clínica cuya variable independiente es la introducción del arte dramático dentro del tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria. De esta manera, el paso fue mayor; ya no se trataba de la autorización del jefe de servicio sino que el proyecto se imponía como estrategia de intervención a nivel institucional. En el comité examinador, la valoración de una estrategia que se aparte de la posibilidad de ser mensurada queda relegada a espacios no científicos y por lo tanto suelen ser descartadas. Es de destacar que el comité mostró cierta resistencia al proyecto, ya que el arte dramático presenta lógicas que en numerosas ocasiones no se corresponden con los protocolos cognitivos-conductuales por los que se rigen los tratamientos en psiquiatría. Sin embargo, el proyecto se expuso con tan marcada sobriedad que fue aceptado dentro de las líneas de investigación que defendería el hospital. Esto fue posible porque los médicos y el personal de enfermería, en virtud a los favorables resultados obtenidos en la población, accedieron a la implantación del proyecto de teatro en el ingreso a psiquiatría. El esfuerzo continuó y en el año 2016, se presentó en el X Congreso de la Asociación Española para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria el póster “El teatro como Acción” con los primeros resultados de la investigación. A este congreso no fuimos invitados, a pesar de haber sido organizado por el personal sanitario del hospital en colaboración con algunos laboratorios, por lo que la inscripción y las dietas fueron costeadas íntegramente por las investigadoras de la Asociación Creeando. Si bien, hoy se puede decir que la actividad goza de un mayor reconocimiento entre el personal sanitario, su continuidad es precaria al ser un espacio sin remuneración sostenido por todo el equipo de voluntarios de la Asociación Creeando. No obstante, es necesario reconocer que la propuesta se cristalizó y cobró entidad dentro de la institución. A pesar de la precariedad económica con la que subsiste el dispositivo; a pesar de la dificultad que tuvimos para incluir estas líneas de investigación en el CEIC. De esta forma, el

proyecto que yo había propuesto en un principio se fusionó al proyecto de artes escénicas desarrollado por la Asociación Creando.

Trabajo de campo doctoral

I. Una nueva aproximación es posible

Durante el trabajo de campo desarrollado de marzo a junio de 2014, se abrieron interrogantes sobre los beneficios terapéuticos que producía el trabajo con arte dramático dentro del ingreso en psiquiatría. La presión, que los profesionales del hospital comenzaron a depositar en el espacio de teatro, consistía en reclamar mayor cohesión entre los pacientes. Los médicos fluctuaron de no esperar “nada” del proyecto a solicitar la resolución de los conflictos más difíciles que emergían en el ingreso. Así, comenzó un período en el cual los profesionales solicitaban que los pacientes realizasen un trabajo de “desarrollo personal” con el resto de compañeros. De esta manera, puede decirse que la propuesta fue depositaria de las pretensiones posmodernas en las cuales se exigía trabajar en la línea de la positividad, la autoestima, el compañerismo y un sin fin de valores educativos que desdibujaban el sentido del dispositivo. Es necesario reconocer que en un principio cedí ante estas exigencias institucionales; quizás por ignorancia y falta de lecturas en torno a los desarrollos de la psicopolítica; quizás por miedo a que interrumpieran la continuidad del proyecto. Durante ese período inicial de trabajo de campo, apareció en mí la necesidad de demostrar que el teatro era positivo para la población ingresada. Me esforcé por exponer los beneficios sobre la imagen corporal y la autoestima. Interpreté las sesiones teatrales bajo las premisas del simbolismo y articulé interpretaciones en torno a los personajes desarrollados. Mucho tiempo tuvo que pasar para comprender el deseo personal depositado en el espacio dramático y poder desmontar las proyecciones personales de que la actividad “funcione”. Vaciar de esa intencionalidad la acción de la dirección conllevó mucho tiempo de escucha, de diálogo y de permanencia en el campo. Tal y como, lo expresa el método etnográfico es necesario estar un tiempo prolongado en el campo porque sino solo se verá la proyección de nuestra hipótesis. Si bien, las primeras aproximaciones se encontraban pobladas de una intencionalidad terapéutica que desechaba otros fines y otros hallazgos artísticos; se pudo abrir una veta que arribó a dimensiones psíquicas, sociales, políticas,

culturales y artísticas más profundas. Lo terapéutico dejó de ser el eje del proyecto para pasar a ser una consecuencia de la acción propuesta. En otras palabras, lo terapéutico no desapareció sino que se abrieron otras dimensiones igualmente importantes en el abordaje de la clínica. Estos descubrimientos fueron posibles gracias a la instancia de escritura y de reflexión sobre el dispositivo de teatro. La pausa que inaugura el pensar sobre este dispositivo, transforma la acción dramática y la eleva al estatuto de intervención; porque, sin el espacio para poder pensar la práctica y sin la posibilidad de organizar las reflexiones en un papel, la experiencia se hubiera diluido en la cotidianidad de la urgencia.

Debo aceptar que pecaba de esencialismo cuando creía que el teatro era una disciplina que poseía la capacidad de “sanar”. Las teorías que conocía, que fusionaban teatro y psiquiatría, dotaban al arte dramático de atributos terapéuticos en relación a los vínculos y las emociones. Un ejemplo de ello es el caso de Jacob Levy Moreno y el psicodrama. Moreno rompe con el *status quo* de la psiquiatría de su tiempo e incorpora dos dimensiones del individuo que habían sido descuidadas por el saber médico: lo social y el cuerpo. Considero que estas dos dimensiones conducen a espacios más amables para comprender el ejercicio de la clínica. Así, para que el psicodrama opere es necesario no aplicarlo indiscriminadamente en cualquier contexto, sino que se debe organizar el espacio donde se aplica para que pueda favorecer el trabajo de lo social y el cuerpo. La vuelta al cuerpo que realiza Moreno, es un pasaje no al reduccionismo neuropsicológico sino un retorno a teorías clásicas sobre el ser humano. De esta manera, nadie puede negar que el psiquiatra rumano nos haya brindado nuevas formas de comprensión de lo psíquico, lo corporal y lo social.

Moreno consideraba que si las personas pueden conectar con su emocionalidad corporal y representar los conflictos en un espacio seguro, pueden reorganizar su mundo interno. Esto lo intenta demostrar con un caso paradigmático, el caso Bárbara. Había una actriz de su compañía de teatro de la espontaneidad, quien siempre representaba de manera estereotipada roles de mujer buena y dulce, mientras que en su vida privada tenía actitudes déspotas y soeces. Al conocer por medio de su marido esta situación, Moreno propone cambiar los papeles y que la actriz comenzara a representar guiones de mujeres vulgares.

(...) teníamos una joven actriz que representaba con gran éxito papeles de santas, heroínas y románticas. Uno de sus admiradores era un joven dramaturgo que no se perdía una sola de sus representaciones. Ella se

enamorado igualmente de él y se casaron. Ella siguió siendo nuestra primera actriz y él nuestro primer espectador, por decirlo así. Un día, él vino a mí muy deprimido y me confesó que su matrimonio era insoportable. Su mujer, a la que todos tenían por un ángel era a solas con él, lo contrario, como si sufriera una transformación. Perdía todo freno, discutía, empleaba las expresiones más ordinarias y cuando él la rechazaba enfadado, le respondía incluso a golpes. Yo le invité a venir con ella aquella misma noche, como siempre, al teatro, porque tenía una idea de la forma en que se podría intentar ayudarlos. Cuando apareció la actriz le dije que tenía la impresión de que debería ofrecer al público por una vez algo nuevo y que no debía reducirse demasiado unilateralmente a representar papeles de mujeres honorables.

Ella acogió entusiasmada la proposición e improvisó con un colega una escena en la que ella representaba una mujer de la calle. Desempeñó el papel con una ordinariez tan auténtica, que no había quien la reconociese. El público estaba fascinado y el éxito fue grande. Se marchó muy feliz a casa con su marido. Desde entonces representó preferentemente tales papeles. Su marido comprendió inmediatamente que esto era terapia. Me visitaba todos los días para informarme. “Se ha producido una transformación”, me dijo algunos días después, “es cierto que aún tiene accesos de cólera, pero han perdido intensidad. Son también de más corta duración y a veces comienza a reír súbitamente porque se acuerda de escenas del mismo tipo que ella ha representado en el teatro. Y yo me río con ella por el mismo motivo. Es como si nos viéramos uno a otro en un espejo psicológico. A veces empieza a reír incluso antes de caer en el acceso, porque sabe perfectamente cómo se va a desarrollar. En ocasiones se deja llevar por él, pero en una forma mucho más suave que antes”. Era como una catarsis, surgida del humor y de la risa. Continué el “tratamiento” transfiriéndole papeles que se adaptaban cuidadosamente a su situación conflictiva personal. Su marido me informó que a través de las escenas que le hice representar había llegado él a comprenderla mejor y se había vuelto más tolerante con ella. Una noche pregunté a los dos si no querían salir a escena ambos y comenzó una especie de terapia interhumana.²²¹

El psiquiatra descubre que Bárbara ante una situación de ira comenzaba a reír al recordar el comportamiento de sus personajes. Este juego de roles facilita el distanciamiento y promueve cierta flexibilización en las modalidades vinculares. En palabras de Ortega y Gasset: *“No es sino expresar lo mismo de distinto modo, decir*

²²¹ Moreno, *Psicoterapia de grupo y psicodrama*, 30.

que el hombre se pasa la vida queriendo ser otro pero... la única forma posible de que una cosa sea otra es la metáfora".²²² Considero que es allí donde radica la acción terapéutica, en la potencia de lo simbólico. Lograr la sublimación de las emociones en el propio cuerpo, jugar a ser otro dentro de los márgenes del escenario. Moreno sostiene que el teatro es vehículo de una toma de conciencia espontánea. Sin embargo, para que esto ocurra, debe leerse el caso Bárbara como un caso paradigmático de manejo clínico construido desde una dirección experta. Así, pienso que la propuesta prosperó no porque el teatro encierre una esencia terapéutica; sino porque previamente se había cimentado una estructura clínica bajo un saber médico depositado en la figura de ese director. Los psicoanalistas sostenemos que no es posible operar clínicamente sin el poder de la transferencia,²²³ aunque esta afirmación es algo que los psicodramatistas rechazan. El psicodrama aún piensa que la transferencia es un concepto que define al terapeuta y a su *ego*, sin embargo la transferencia hace referencia a un saber que se le atribuye a Otro. Es la posibilidad de lo simbólico, de creer que el Otro "sabe" sobre mí y es capaz de acompañarme en esa búsqueda. Ser conscientes de lo que los pacientes depositan en la figura del médico no hace al médico ególatra, sino responsable. Por este motivo, durante todo el trabajo de campo no se les negó a los participantes el conocimiento de mi rol como psicóloga clínica e investigadora. De este modo, los participantes podían jugar con una interlocución a una persona que, a priori, podía tolerar sus contenidos personales y, a su vez, conocía las normas de la institución. Al estar informados de que yo era psicóloga y comprendía los protocolos de intervención en psiquiatría, los pacientes aceptaban de buena forma el nuevo contrato terapéutico que ofrecía el espacio. Las normas no se quebrantaban, solo que eran franqueadas simbólicamente.

Es en este punto que me alejo de mi maestro Pablo Población quien sostiene, desde su propio bagaje y con la solidez que le brindan los años, que: *"Eso tan importante de lo que debemos prescindir es la postura egocéntrica que a veces se toman los que actúan como profesionales de la 'cura' psicológica"*.²²⁴ Pensar en términos de transferencia no es pensar desde el egocentrismo; sino por el contrario es preciso saber que los pacientes atribuyen el poder a sus terapeutas y no son los

²²² José Ortega y Gasset, *Idea del Teatro*, (Madrid: Ed. Revista de Occidente, 1996), 103.

²²³ La transferencia es un concepto psicoanalítico que hace referencia a la confianza que tiene el paciente sobre la figura del terapeuta.

²²⁴ Población, *Tratado de psicoterapia activa*, 99.

terapeutas quienes tienen el poder. Lacan explica que el semblante de un analista es el de un *sujeto al que se le supone un saber*, esto no significa que lo tenga. Por mi parte, establezco una integración de ambas teorías e insisto que el director dramático que implemente el teatro en la clínica debe tener conocimiento de psicopatología y poseer un buen manejo de las escenas. De otra forma, son conocidos los casos donde el teatro puede exponer y vulnerar las barreras defensivas de las personas. Hay técnicas teatrales que ejercen un ensimismamiento y una identificación total con el personaje que puede resultar agravante para el sujeto. La regulación de la exploración de las emociones de un personaje debe ser a través de un buen manejo de dirección. Sin un adecuado manejo de escena, pueden emerger identificaciones que exponen al actor a situaciones de vulnerabilidad de las que no puede lograr una adecuada gestión defensiva. Durante el trabajo de campo, pudo verse con claridad esta situación. El conocimiento de psicopatología facilitaba la organización de los contenidos propuestos por los participantes. Cuando la dirección de un grupo quedaba en manos de un voluntario que no poseía bagaje en psicopatología, se corría el riesgo de ahondar en un cúmulo de identificaciones que entorpecían la labor clínica. Es por todo ello, que considero que el teatro no lleva intrínseca la cura; sino que, por el contrario, el teatro es una disciplina que puede ser utilizada como una herramienta o un dispositivo que permite el ejercicio de una clínica responsable con el paciente y con su entorno. El carácter social del teatro abre horizontes para la construcción subjetiva y colectiva. Así, pienso que la propuesta de Moreno es una herramienta para el trabajo clínico, pero no sostengo que el psicodrama sea un modelo que pueda dar todas las respuestas a la problemática de la epistemología psicopatológica. Desde mi breve recorrido en la profesión puedo decir que el psicodrama, como cualquier teoría psicológica, necesita nutrirse de otras disciplinas y corrientes teóricas. Sin embargo, mi maestro Pablo Población considera que el psicodrama es un modelo en toda regla y no un simple método.

La palabra método que muchos utilizan para referirse a un modelo, no hace más que introducir confusión en el mundo de la práctica terapéutica. Modelo remite, como antes me refería al hablar de psicodrama, a una forma de concebir la dinámica de la vida del ser humano, su patología, etc., mientras que la palabra método no quiere decir etimológicamente más que

camino. Es decir hablar de un método es hablar de “un camino”, en último término una técnica para obtener una finalidad.²²⁵

Coincido con su afirmación, que el psicodrama es una vía válida para el trabajo profesional en psiquiatría y que su implementación no puede quedar como una simple praxis clínica. Sin embargo, descubro que la limitada producción de teorías psicopatológicas psicodramáticas hace que el psicodrama no se cristalice como una teoría o un modelo de referencia. La escasa difusión teórica que sufre el psicodrama y el modo de transmisión de sus saberes basado en lo pragmático, hacen que no pueda ofrecerse como un modelo acabado dentro de la psiquiatría. Para ello, es necesario articular líneas teóricas que ofrezcan hipótesis válidas para el trabajo psicoterapéutico. De otra manera, podría caerse en un reduccionismo en su implementación cuyo fin sería movilizar e interpelar los cuerpos de los participantes a través de la experimentación emocional; esto sería replicar las lógicas del mercado neoliberal que oferta “experiencias y emociones”. La fortaleza del psicodrama radica en la praxis, pero en ella también está su debilidad. Es por este motivo, que el psicodrama constituye un gran aporte en esta tesis doctoral; no obstante, no es el marco teórico referencial sobre el que descansa esta investigación.

*II. Golpe a golpe, verso a verso*²²⁶

Desde el deseo de no intervenir químicamente en los cuerpos, de no trabajar bajo pautas “normalizantes” y de no someter a exámenes médicos invasivos a los pacientes; es que propuse los talleres de arte dramático en psiquiatría en el año 2013. Estos talleres se desarrollaron, ininterrumpidamente, durante cinco años en el teatro del hospital una vez a la semana con una duración de una hora. Las primeras sesiones fueron imprescindibles para evaluar la receptibilidad de la institución y las prioridades planteadas en los tratamientos. Como ya se expresó en apartados anteriores, a estas sesiones solamente venían dos o tres pacientes que previamente habían sido autorizados por la psiquiatra tratante. Por este motivo, fue que me amoldé a la demanda hospitalaria de crear un espacio funcional dentro del ingreso y me aboqué a demostrar la eficiencia del teatro dentro de un tratamiento psiquiátrico. Luego de los dos primeros años de trabajo de campo, comencé a pensar desde los postulados de la

²²⁵ Población, *Tratado de psicoterapia activa. Un psicodrama actual*, 18.

²²⁶ Verso propuesto por Joan Manuel Serrat en la canción “Cantares” en la que aparecen tres versos de Antonio Machado.

etnografía. Había recabado información muy valiosa acerca del funcionamiento de la institución y de las leyes que se regían en la Comunidad de Madrid. Todos esos datos no hubieran tenido sentido sin la posibilidad de organizarlos bajo los lineamientos del método etnográfico. Así, esa praxis trepidante fue pausada en su intensidad, pero no en su accionar, para poder comenzar a reflexionar sobre ella. El teatro había sido implementado, en un primer momento, como un agente dinamizador capaz de movilizar una clínica rígida y rutinaria. Sin embargo, el hallazgo, que afloró el segundo año del trabajo de campo, fue que el espacio de arte dramático comenzaba a cobrar los mismos matices y vicios institucionales que en un principio me llevaron a proponer el trabajo con el cuerpo. Advertí, entonces, que el espacio de teatro dentro del ingreso corría el riesgo de convertirse en *establishment*; caer en el cajón de sastre del voluntariado o ser subsidiario de un sistema que precariza a los profesionales y cosifica a los pacientes. Cuando el horario de la actividad estaba pautado y los celadores dejaron de acompañarme a las sesiones, me di cuenta que debía dar un giro en el timón. La propuesta corría el riesgo de transformarse en *naif* y en el galardón gratuito de las autoridades de turno. Por entonces, comenzaron a invitarnos a los congresos para mostrar las “habilidades” de los pacientes y solicitarnos reuniones con ciertos cargos políticos de la Comunidad de Madrid. En el año 2015, nos llamó la responsable de la Dirección General de Universidades y Enseñanzas Artísticas Superiores para establecer un convenio de prácticas para sus alumnos. La complejidad de aquella propuesta era que la Dirección cobraría por las inscripciones en sus carreras y nosotros brindaríamos de forma gratuita y altruista las horas prácticas para habilitar esos programas. Durante un año, pensamos que éramos reconocidos por aquel organismo y cedimos nuestro trabajo de manera gratuita, enseñando a los jóvenes aprendices la labor de conjugar la clínica con el arte. Así, fue como recibimos alumnos de la Real Escuela Superior de Arte Dramático de Madrid. Abrimos un espacio dentro de esa institución para trabajar con los pacientes que se encontraban en la fase de externalización hospitalaria. Las horas de trabajo se incrementaron y la correspondencia a la labor no fue ni económica ni de reconocimiento. Al año siguiente, la institución decidió unilateralmente rescindir el convenio de colaboración y la población infantil quedó sin ese espacio de integración. De esa experiencia obtuve una enseñanza mayor a mis intereses iniciales sobre la clínica. Comencé a deshilvanar los entramados políticos y de poder que se tejen en el marco de las instituciones.

Apuntamos esa derrota y seguimos confiando en nuestra labor. En el año 2016, nos da cita el viceconsejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Fue una cita informal en la que nos dieron “la enhorabuena” y se cerraron otros acuerdos con representantes de la industria farmacéutica que habían asistido a la reunión. A los pocos meses, tuvimos una entrevista con la delegada de Humanización de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Ese encuentro fue aún más amargo, veníamos “golpeados” por golpear puertas que nos ayudasen a profesionalizar el espacio y obtener financiación para solventar los costes de las investigaciones. A ese encuentro asistieron médicos del hospital y tres altos cargos de la consejería. Preparamos la presentación al detalle; dejamos el alma en la exposición. Al acabar nos dijeron que el programa que teníamos era lo que ellos buscaban y que ofrecían dar a Creando el logo de la Comunidad de Madrid; un logo que según decían nos brindaría visibilidad. Un logo que era la apropiación de años de trabajo voluntario y que, a partir de ese momento, sin ofrecer ningún tipo de ayuda económica, el proyecto empezaría a ser propiedad de esa viceconsejería de sanidad.

Debo reconocer que estas tres reuniones políticas socavaron el deseo y la moral. El hecho de esperar la profesionalización de este espacio era un acervo compartido con otros profesionales de la institución. En varias reuniones, los médicos habían expresado la inquietud de obtener financiación para sus servicios a través de los proyectos artísticos. Hasta ese momento, no había advertido que los proyectos corrían el riesgo de ser cómplices del desmantelamiento de la sanidad pública. Si obteníamos financiación privada colaboraríamos de las políticas sanitarias que desmantelan la sanidad pública y la licitan en el sector privado;²²⁷ por el contrario, si no obteníamos financiación para realizar la actividad seguíamos perpetuando la precarización laboral.²²⁸

²²⁷ Raúl Rejón, “El mantra que trajo Esperanza Aguirre a la sanidad: ‘No le quepa duda de que la empresa privada es más eficaz’”, Eldiario.es, 5 de agosto de 2018, https://www.eldiario.es/sociedad/Gobierno-Esperanza-Aguirre-Ignacio-Gonzalez_0_799670635.html

²²⁸ Con la crisis económica que azotó a España en la última década, las personas desempleadas se volcaron a ofrecer su tiempo en voluntariados. Si bien, no cuento con estadísticas para realizar esta afirmación; durante el trabajo de campo, he registrado numerosos relatos de miembros de las ONG. Ellos refieren que, durante la crisis, se incrementó el número de personas que deseaban ayudar y no quedarse en casa. Un ejemplo de ello es Cruz Roja, refiere una informante que es voluntaria en la organización: “los fines de semana me subo a la ambulancia y brindo primeros auxilios. Somos muchos lo que colaboramos con la comunidad, no exagero si digo que el 40% somos voluntarios. El equipo es muy lindo, nos cuidamos entre todos. Realizamos un *triage* y asistimos en la emergencia antes de que llegue la ambulancia equipada con todo el equipo de reanimación”.

Las reuniones fallidas con los políticos, me permitieron abandonar la búsqueda del resarcimiento económico y focalizarme en desarrollar, sin otras variables intervinientes, la propuesta de investigación. Así, desvinculé la profesionalización del espacio teatral, de los objetivos de esta investigación.

Desde esta propia experiencia comprendí la queja sistemática que muchos de los profesionales de la psiquiatría realizan a las instituciones. Puede leerse a modo de ejemplo un libro inquietante de Franco Basaglia *La condena de ser loco y pobre*.²²⁹ En este libro Basaglia habla de los manicomios en Brasil y de lo que le costó establecer el dispositivo de puertas abiertas en Trieste, Italia. El lugar abyecto al que se condena a los pacientes psiquiátricos y la desidia por parte de las autoridades responsables del sector sanitario. En nuestro caso, tuvimos que replegar posiciones en el campo para poder coger fuerzas y replantear la mirada sobre el trabajo profesional. Fue, entonces, cuando advertí la necesidad de repensar los objetivos de la propuesta. Comprendí que había instancias que sobrepasaban a la clínica. Lo sociopolítico no solo influía en los pacientes y en su productividad sintomática; sino que también lo social, lo político y lo económico afectaba directamente al espacio clínico. Me pude dar cuenta de que la intervención con teatro debía ser pensada no desde una supuesta asepsia de laboratorio sino desde un real atravesamiento de variables. Inicié entonces una búsqueda teórica que acabó con el binarismo teatro y psicología. Necesitaba pensar el espacio desde los postulados de la biopolítica, de la sociología, de la antropología, de la historia y los aportes del feminismo. Comprendía que era necesario refundar el espacio de teatro y convertirlo en un dispositivo. La primera etapa había sido superada, se contaba con un lugar real y simbólico dentro del hospital pero se necesitaba proponer nuevas lógicas dentro del dispositivo. La independencia y autonomía de ejercer el espacio fuera de la sala de ingreso permitió que la palabra y la acción circularan, y convirtieran la actividad en un campo simbólico donde es posible revivir situaciones conflictivas para ser nombradas y, porqué no, elaboradas sobre un escenario. Para que ello suceda, debía abandonar la búsqueda de reconocimiento institucional y económico. Profesionalizar el espacio era una finalidad que desdibujaba la intencionalidad de establecer un espacio de disidencia. Con esto no quiero decir que la compensación económica sea un elemento del cual haya que huir; sino, más bien, es un elemento que debe hacerse consciente y verbalizarse. En este caso, la búsqueda del reconocimiento por parte de la

²²⁹ Franco Basaglia, *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*, 1ª ed. (Buenos Aires: ed. Topía, 2008).

institución y de las autoridades sanitarias convirtieron el proyecto de teatro en una reproducción de los protocolos de ingreso. Por temor a la suspensión de la actividad o desde las lógicas de una psiquiatría defensiva, el espacio se pobló de miedos y de frenos en la circulación de la palabra. Como directora del espacio teatral, favorecía la búsqueda de guiones llenos de positividad y de bonitas moralejas. Así, acababa por regularizar la verbalización del malestar de los participantes y reconducía sus discursos hacía escenas que excluían emociones necesarias en los tratamientos como ser la angustia, la ira o el miedo. Advertí que mi intención inicial de poner en jaque los protocolos clínicos se había disipado. Para ello, investigué sobre otros espacios artísticos en otros hospitales y la forma de abordaje que se tenía en cada institución. Encontré publicaciones brasileñas, turcas, polacas, chilenas y estadounidenses; todas ellas hacían hincapié en la dimensión artística de los “enfermos mentales”. En todas ellas, hallé un paternalismo que me resonaba conocido. Los objetivos que tenían las propuestas de sacar la “parte artística” de los pacientes psiquiátricos empezó a resultarme reproductora de una cierta benevolencia supremacista. Las propuestas seguían la vía de la normalización de los pacientes, ya que se excluían los aspectos de su subjetividad que resultaban “patológicos”. Al igual que los profesionales que dirigían espacios de teatro, me encontraba vetando cualquier posibilidad de subjetivación que se desviara de lo “normal”. Finalmente, comencé a alojar todas las propuestas de los participantes y a desarrollar una dirección más aguda. Había decidido abandonar las lógicas de una clínica universalista, por una clínica consciente de lo corporal, lo psíquico, lo sociocultural y lo político. Los dispositivos clínicos no deben ser herramientas prefabricadas para aplicarse en cualquier abordaje. Esta nueva forma de pensar la intervención en el ingreso permitió que aflorara la propuesta de la *transclínica*; clínica que incorpora lo textual y lo contextual del sujeto. La *transclínica* es un neologismo que condensa una cosmovisión que tiene en cuenta la historia, lo social, lo cultural y lo psíquico de los cuerpos-parlantes. El objetivo de la *transclínica* no es solo terapéutico como en la clínica; sino que se contemplan otras dimensiones del sujeto. La *transclínica* interrumpe la inercia de la clínica continuista.²³⁰ Entiéndase por *continuista* a una clínica que no interpela ni cuestionan al *establishment*. De esta manera, descubrí que debía configurar una estructura lo suficientemente sólida y, a la

²³⁰ El continuismo para la RAE es: “Situación en la que el poder de un político, un régimen, un sistema, etc., se prolonga sin indicios de cambio o renovación”. Disponible online: <https://dle.rae.es/?id=AVot61N>

vez, lo funcionalmente flexible para que el teatro tenga el estatuto de intervención. Fue así como, poco a poco, se montó el andamiaje del dispositivo de la *tramoya*. Los talleres de teatro se convirtieron en sesiones de intervención en las cuales se ejercitaban la expresión corporal, la postura, la voz, las emociones, la tolerancia a la mirada del público y, especialmente, la palabra.

Análisis de las Escenas

Para poder realizar un adecuado tratamiento de los datos empíricos recabados durante el trabajo de campo es necesario seguir los lineamientos organizados en la unidad de análisis de esta tesis doctoral, *la escena*. Al principio, pensé que ver a los pacientes en sesiones no consecutivas era empíricamente falible. Sin embargo, es necesario comprender que esta investigación no pretende mensurar los beneficios terapéuticos de la implementación de teatro en el ingreso a psiquiatría; sino que persigue la construcción de narrativas subjetivas y colectivas desarrolladas en un *microespacio temporal*.

Dos impulsos mueven por igual al teatro: la afirmación de la individualidad y el reconocimiento de la alteridad y la objetividad en la que esa individualidad se realiza y disuelve. El autor se objetiva y disuelve en los personajes; el actor se expresa y disuelve en el personaje que encarna; el director se afirma y disuelve en la interpretación de los actores y en el montaje de la obra; todos autor, actor, director y personajes se “realizan” y “disuelven” en los espectadores. La subjetividad se transforma en objetividad y esa objetividad, construida constantemente como obra de arte, de nuevo se transforma en subjetividad a través de la recepción. El teatro es todo el proceso, el que va de lo subjetivo a lo objetivo, y de lo objetivo a lo subjetivo. No hay otra forma de analizarlo.²³¹

Por este motivo, se analizan las escenas como una apuesta en común tanto de los participantes como de los agentes sanitarios implicados. Para ello, se seleccionaron, aleatoriamente y por medio del registro etnográfico, ocho escenas de las ciento sesenta sesiones desarrolladas en el teatro de un hospital público de Madrid durante los años 2014 y 2018. Al no poder ser analizadas todas las sesiones en el presente apartado, se considera que las mismas subyacen en la construcción del dispositivo de la *tramoya* y en la arquitectura que sujeta los postulados de la *transclínica*. Es por ello que, tras haber expuesto en capítulos anteriores como se organizó el dispositivo de la *tramoya*, se puede inferir que las escenas transcritas son fractales del pensamiento *transclínico*. No obstante, es necesario referir que este apartado revela la dificultad de transmitir los acontecimientos acaecidos en el dispositivo de la *tramoya*. Desde esa dificultad en la reproducción del teatro podemos

²³¹ Santiago Trancón, *Teoría del Teatro*, 57.

pensar los efectos de la *transclínica*. Una suerte de experiencia kinésica permite al lector de esta tesis tolerar la falta de datos que expresen el hecho teatral. Así, si la finalidad de la representación sucede en un primer momento, el impacto del texto puede leerse en un segundo momento que es el momento de esta investigación. El ejercicio intelectual de este análisis es comprender que, cada vez que se realiza una propuesta por parte de la investigadora, no se pretende cerrar el espectro de significados sino más bien abrir múltiples posibilidades de interpretación de los textos y de las representaciones recogidas en la unidad de análisis de la escena. Sin embargo, la aproximación no es solo a un análisis semiológico del texto sino también que se fundamenta en la participación activa con la población. De esta manera, no solo se analiza la hermenéutica del texto y de sus autorías, sino también el contexto y el cuerpo del autor. La significación, entonces, no se abrocha en un significado sino que se multiplica en cada análisis efectuado. Porque en esta investigación no solo importa la palabra, sino la palabra anudada a *un lugar, un tiempo y un cuerpo*. Como dice Anne Ubersfeld: “*No se puede leer teatro*”.²³² Pero aunque la representación no sea capaz de permanecer en el texto, es capaz de permanecer en el cuerpo. Es aquí, cuando el análisis de los intersticios empíricos teatrales revelan la hipótesis de que el cuerpo humano es texto.

²³² Ubersfeld, *Escuela del Espectador*, 7.

Primera escena: “Habitaciones”

Esta escena sucedió en una sesión de marzo de 2014 y corresponde a uno de los primeros trabajos realizados en el ingreso a psiquiatría. El carácter de la escena fue estrictamente exploratorio, ya que aún no se contaba con el aprendizaje teórico y experiencial que se forjaría a lo largo de los siguientes años. La propuesta era sencilla: movilizar los cuerpos de los pacientes ingresados en psiquiatría. En ese momento, no se advertía el desafío político que representaba sacar simbólicamente a los pacientes del encierro; solo se buscaba el beneficio terapéutico de la expresión corporal y verbal. Como ya se dijo en numerosas ocasiones a lo largo de esta investigación, al principio las derivaciones eran muy reducidas. En esta primera escena, que llamo *Habitaciones*, asistieron tres adolescentes derivadas por una joven psiquiatra, quien demostró compromiso con el funcionamiento de los talleres de teatro. Las tres pacientes de esta primera escena habían sido previamente evaluadas por mí. Me preocupé por saber su historia y sus indicaciones terapéuticas. Los motivos de sus ingresos y el tiempo que llevaban en la institución. En un principio, consideré que conocer la historia clínica de los pacientes permitiría agudizar la intervención para evitar posibles ejercicios que reforzaran su sintomatología y, en consecuencia, deseaba poder evaluar si los síntomas revertían gracias a la implementación del espacio de teatro. Durante ese primer período, llevaba una batería de propuestas para realizar y, una hora antes, me acercaba a la sala de ingreso para ver que pacientes serían derivados al espacio. Poco a poco, esa necesidad de conocer la historia clínica de cada paciente fue cediendo y permitiendo que otras dimensiones subjetivas y colectivas aflorasen en el trabajo con los participantes; pero esto fue posible recién en el segundo año de la actividad. Fue, entonces, a partir de ese segundo año que los pacientes devinieron en participantes y se abandonó esa carga semántica ligada a lo médico.

El hecho de que en esta primera escena, aún, figuren datos clínicos de las pacientes es porque el análisis sigue el recorrido que tuvo el trabajo de campo y los descubrimientos que cada año se realizaban. Más adelante, se podrá observar que cuando decidí descentralizar la mirada clínica para dar lugar a otras observaciones, el teatro hecho en el hospital cobró mayor libertad. En este sentido, veo ciertas similitudes con lo que expone Elena Cánovas de su trabajo con teatro en la cárcel de mujeres de Alcalá de Henares. Cánovas cuenta que nunca quiso saber los motivos del ingreso a prisión de las usuarias y que prefería que la expresión de las participantes

fuera desde una mirada libre de prejuicios sociales y morales.²³³ En mi caso, me llevó tiempo desprenderme del exceso de mirada clínica y de la tendencia a la “taxonomización” de la conducta de los pacientes. Comprendí que estas categorías matan el arte, porque convierten cada análisis en un encasillamiento del universo subjetivo del sujeto que se encuentra en posición de paciente.

En la escena *Habitaciones*, un celador del ingreso a psiquiatría permaneció como observador y vigía durante toda la sesión. Considero que este funcionario, a pesar de ser conocido por las pacientes, condicionó la espontaneidad de la escena. Él, con su pijama blanco, era una extensión del panóptico de la sala; ellas, con sus pijamas de flores, eran la evidencia del proceso disciplinario. Es necesario apuntar que los celadores en el ingreso ayudan a efectuar las contenciones físicas si los pacientes presentan una excitación psicomotriz; son los responsables de la apertura y cierre de las puertas de ingreso; son quienes reciben la comida que no quieren comer y quienes llevan los pijamas que no quieren usar. De esta manera, considero que su presencia influyó en que las participantes actuaran con menos libertad durante el entrenamiento actoral. Debo reconocer que en mí también ejercía la función de vigilancia al reglamento.

En la actividad participaron:²³⁴

- Clara de 15 años, que había ingresado hacía tres semanas por un cuadro severo de desnutrición debido a una anorexia nerviosa restrictiva. La participante presentaba un marcado perfeccionismo y cierta timidez para interactuar con el resto de compañeras. Tenía un desempeño académico extraordinario e iba al conservatorio de piano.
- Andrea de 17 años, quien había ingresado una semana antes, presentaba un cuadro de bulimia y conductas impulsivas que ponían en riesgo su propia integridad física. Había empezado hace unos meses a consumir marihuana con el resto de sus compañeros de clase y, en una ocasión, perdió el conocimiento por una sobre-ingesta de alcohol. Andrea, al principio, se mostraba más extrovertida y afable con la actividad, pero evidenciaba cierta desorganización.

²³³ Elena Cánovas, *Elena Cánovas y las Yeses: teatro carcelario, teatro liberador*, (Madrid: Fundamentos, 2009).

²³⁴ Todos los nombres utilizados son ficticios para resguardar la identidad de las participantes.

- Sandra de 14 años de edad había ingresado hacía diez días por un cuadro de excitación psicomotriz y diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva. La familia de Sandra se había mudado recientemente del sur de España y la adaptación al nuevo colegio estaba siendo problemática. Sandra, que había sufrido acoso escolar, se mostraba más inhibida en la actividad y con mayor desconfianza.

Caldeamiento

Esta escena comienza con un caldeamiento básico de reconocimiento espacial. Al ser la primera vez que las participantes asistían al teatro, se les pidió que recorrieran el lugar al ritmo del sonido de mis palmas. Podían subir al escenario, caminar entre las butacas, reconocer el piano que había entre bambalinas, ver los objetos detrás del telón, etc. Por entonces, no se permitía recorrer la parte junto al escenario, la cual era un pequeño camerino que contaba con un espejo. Para no hacer explícita esta prohibición se estableció que, a la variación del ritmo en las palmas, las participantes debían cambiar la direccionalidad del recorrido. De este modo, se lograría evitar el acceso a ese espacio que quebrantaba una de las normas del ingreso: *los pacientes no deben verse en espejos durante el ingreso*.

Después de tres minutos de reconocimiento del espacio, se ofreció una nueva consigna: comenzar a ser conscientes del modo en que caminaban por el lugar. Este reconocimiento del espacio y el cuerpo es uno de los ejercicios principales en el entrenamiento actoral. Asimismo, este acto lúdico coincide con uno de los criterios semiológicos de la psiquiatría clásica para establecer que una persona se encuentra en estado de lucidez. Para ello, el sujeto debe estar orientado en tiempo, espacio y auto-psíquicamente. Luego de semanas de encierro, la consigna de tomar conciencia de otro espacio diferente a la sala de ingreso implicaba todo un entrenamiento actoral; pero también significaba indirectamente ofrecer una pauta clínica para evitar el hospitalismo. Este caldeamiento pretendía que las participantes tomaran consciencia del modo de caminar; ese acto tan darwiniano como lo es la bipedestación. Esta acción de reconocimiento espacial y corporal constituye la piedra angular del método Stanislavski:

Si alguien de fuera hubiera entrado en ese momento en nuestra clase, habría pensado que estaba en una sala de paraplégicos. Todos los alumnos se comportaban, absortos, con la atención dirigida hacia los músculos,

moviendo alternadamente los pies, y como enfrascados en algún problema difícil. Los centros motores estaban totalmente confundidos. Lo que antes se hacía de un modo instintivo, mecánico, exigía ahora la intervención de la conciencia que, al parecer, no sabía mucho de anatomía ni del sistema de los músculos de la locomoción. A cada paso tirábamos de la cuerda falsa y producíamos los movimientos inesperados que salen de una marioneta cuando tiene los hilos enredados. La atención aguzada hacia los propios movimientos nos permitió tomar conciencia de la delicadeza y complejidad del mecanismo de nuestras piernas. ¡Cuán mutuamente interrelacionado y ordenado está todo!²³⁵

Así, mientras sucedía la acción se señalaban las partes del cuerpo implicadas en el acto de caminar, como ser: el movimiento de las piernas, la posición de los pies, el balanceo de las manos que acompañan el movimiento, la tonicidad de la espalda al andar, la mirada que permite direccionar la marcha y la decisión de esquivar obstáculos. Esta nueva consigna obligó a prestar mayor atención a la tarea. Ir, poco a poco, tomando conciencia del cuerpo en el espacio. Se percibió que el movimiento se desaceleró, se necesitaba no ir tan de prisa para poder tomar conciencia de las acciones efectuadas.

Luego de tres minutos, se ofreció una nueva consigna: “*debéis observar el movimiento de sus otras compañeras*”. Percibir si caminaban más rápido o más lento y observar qué recorrido hacía cada una. Mientras sucedía el ejercicio se ofrecía la siguiente explicación: “*cada una tiene su propia manera de caminar y de conducirse en el espacio. La forma del movimiento, que cada una hace, es única e irrepetible en el mundo. Cada cuerpo imprime su singularidad al caminar, no todos los seres humanos caminamos igual. Por ejemplo, cuando están en su casa y abren la puerta de calle, por el sonido y la forma en que se abre la puerta saben quien es la persona que ha llegado. Cada ser humano tiene su propio sello al andar*”. Las participantes asintieron con la cabeza y dijeron “*es verdad*”. Sandra mientras caminaba dijo que su perro sabía si la persona que llegaba era de la familia o no. Reforcé su afirmación y expresé la importancia de reconocer nuestra propia cadencia en los movimientos. En este sentido, María Ósipovna Knébel nos permite volver a pensar la formación del actor a través del propio conocimiento corporal.

²³⁵ Konstantín Stanislavski, *El trabajo del actor sobre sí mismo en el proceso creador de la encarnación*, trad. Jorge Saura, (Barcelona: Alba, 2009), 90.

Konstantin Serguéievich siempre contrapuso la caracterización a la caracterización vivida, trataba de que la caracterización física del personaje fuese un resultado de su contenido interior. Sólo en este caso, partiendo de la irreplicable individualidad de cada persona, encontrará el actor la originalidad en la encarnación física.²³⁶

La singularidad de los movimientos, el modo en que aprendemos a caminar, las posturas para dormir, el modo en que cogemos el lápiz para escribir, etc. Si bien, hay universales simbólicos compartidos para la evocación del movimiento, cada sujeto presenta su propia singularidad en la acción. Para explicar la singularidad que habita en cada movimiento les conté una anécdota, mientras las pacientes continuaban explorando el espacio. *“Un antropólogo que trabajó muchos años en Argentina contaba que, por el año 1986, tuvo que realizar un trabajo de campo con una comunidad de pueblos originarios: los Wichí. La pobreza en la que vivía la gente azotaba el alma; pobreza que continúa incólume a pesar de llevar el país décadas en democracia. Refería que los wichí, con una amabilidad extraordinaria, lo invitaron a tomar una infusión en una de sus chabolas. Contaba que al entrar vio el suelo de tierra, una nube de moscas sobre el pan casero y a un pequeño niño contrahecho que, con su rostro mocososo y sucio, le sonreía. Su madre, desde la amabilidad más entrañable, le ofreció una taza de metal con las abolladuras propias del uso. Decía, que en un instante pensó en rehusar el ofrecimiento pero, en honor a la gentileza de esa familia y en pos de su trabajo de campo, decidió aceptar esa taza humeante. En un segundo, se le ocurrió agarrar el asa de la taza por arriba y beber verticalmente (hago el gesto), imaginando que ese movimiento poco ergonómico evitaría beber del lado en el cual posiblemente haya bebido aquel simpático niño con mocos. En el momento que se sucede la acción, la madre wichí grita: “¡El doctorcito bebe igualito que el Andrés!”. “El Andrés” era aquel niño”.*²³⁷ Las pacientes rieron, les expliqué que hay veces que pensamos que todos tenemos la misma forma de movernos, de mirarnos, de percibir. Lo que despunta en esta anécdota es el quiebre de lo universal: no todos bebemos del mismo lado de la taza. Es en la acción concreta del cuerpo que emerge la pluralidad y la singularidad. El cuerpo atravesado por el lenguaje se organiza pero no se homogeniza. Hay singularidad en él, hay subjetividad.

²³⁶ María Ósipovna Knébel, *El último Stanislavsky. Análisis activo de la obra y el papel*, trad. Jorge Saura, 6ª ed. (Madrid: Fundamentos, 2013), 129.

²³⁷ Esta anécdota pertenece al antropólogo Vito Francisco Márquez.

Continué con el caldeamiento y les propuse algo más complejo. Romper la comodidad de lo grupal para individualmente subir al escenario y mostrar las diferentes maneras en las que caminamos. Me miraron sorprendidas. Les expliqué que no caminamos igual frente: al médico, a la persona que nos gusta, a un profesor o cuando vamos a la piscina. Por ello, se realizó una propuesta específica para que cada una representase su modo de andar. Clara se mostró más reacia a encontrar matices en el andar, expresó que ella caminaba igual en todos los sitios a los que iba. Finalmente, logró seguir la consigna pero cuando se le pidió que caminara como lo haría en una piscina se inhibió. Refirió que en las piscinas se sentía incómoda por lo que solía ir muy tapada y caminar lento, se le propuso convertir la piscina en el río Amazonas. Logró realizar el ejercicio y convirtió la situación conflictiva en una situación de aventura. Sandra pudo responder con mayor facilidad a la consigna. Sin embargo, luego de realizar todas las propuestas, abandonó el escenario desmotivada. Se percibió que la participante, si bien, podía cumplir rápidamente con las consignas; pronto desistía de la tarea, sin ofrecer nuevas situaciones. Por el contrario, Andrea respondió con rapidez y mantuvo la curiosidad durante todo el ejercicio. Propuso moverse por el escenario del programa televisivo “LA VOZ” e imitar a su cantante favorita, Malú. Se alojó su propuesta y se le ofreció el escenario del hospital como ese escenario deseado. La desinhibición de la paciente al representar a la cantante movilizó al resto de sus compañeras que acompañaron la propuesta con aplausos.

Caldeamiento específico: habitaciones

Al percibir a Clara y a Sandra, aún, con cierta vergüenza se les propuso el siguiente ejercicio: *“Van a ir recorriendo una casa vieja con muchas habitaciones. Estas habitaciones son muy curiosas y hay que poder pasarlas para poder llegar a las siguientes”*. Las pacientes me observaban con inquietud. *“La primera habitación es la de la risa”*. En esta habitación las tres pacientes comenzaron a reír espontáneamente, todavía con desconcierto. Se les señaló que observasen la posición de su cuerpo y los músculos de la cara utilizados para reír, esto ciertamente les provocó más risa. Así, habiendo atravesado la habitación de manera espontánea y sin forzar la articulación de la carcajada se les planteó pasar a la siguiente habitación.

“La segunda habitación es un lugar donde todo sucede en cámara lenta”. Se percibió cierta dificultad para cortar la risa espontánea y nerviosa de la consigna

anterior. Se mordían los labios y se miraban entre ellas para “medir” quien hacía el primer movimiento. A Sandra le costó seguir la consigna, hacía movimientos detenidos y no movimientos lentos. Clara pudo realizar todos los movimientos con mucha meticulosidad, hizo los movimientos de una persona tocando el piano. Finalmente, Andrea hizo el movimiento de una persona esnifando cocaína. Realizó la acción de una manera perfecta, con un movimiento lento y sostenido. Se percibió en esa acción la actitud desafiante de la menor con la autoridad. El celador, que solo debía permanecer de observador no participante, ejerció su rol de cuidador y reprendió la escena propuesta por Andrea. No obstante, la devolución por mi parte fue que la participante había logrado hacer su propuesta siguiendo al pie de la letra la consigna “*en cámara lenta*”. Como clínica, en ese momento, advertí el pulso que establecía la paciente. Pulso que era preciso desarticular y devolver la acción al orden simbólico del teatro; porque el teatro es capaz de alojar fantasías desafiantes. El teatro es el recinto que tolera la futilidad de la existencia. El teatro nos tolera.

Continué con las consignas y dije: “*la tercera habitación tiene aceite de coche por todos lados*”. Las participantes debían conducirse con cuidado para evitar que se resbalaran con facilidad. Luego de unos segundos, las tres comenzaron a imaginar que jugaban con el aceite y que se ensuciaban unas a otras. Parecía que comenzaban a divertirse. Si pensamos en la asepsia de un hospital, el estar sucio es un privilegio que un enfermo no puede permitirse. Por este motivo, les habilité jugar un tiempo más y les remarqué que podían *maximizar*²³⁸ las acciones que estaban realizando. En ese caso, si echaban un cubo de aceite sobre una pared, les proponía que el cubo sea un gran cubo que tenían que conducir haciendo equilibrio por una habitación con el suelo resbaladizo. Acataron la consigna e hicieron una representación en la cual vencieron las leyes de la física. El cubo imaginario era tan grande que debían disponer de todo su cuerpo para sostener el peso y hacer frente a los deslices del aceite. Este ejercicio de propiocepción constituye un entrenamiento necesario para la organización del propio esquema corporal de las participantes. Considero que el tomar conciencia de la corporalidad desde el juego, permite establecer otro vínculo con la imagen corporal que no esté ligado a la enfermedad.

Por último, se sugirió pasar a la última habitación. “*La cuarta habitación es la del baño*”. Esta propuesta engendraba en sí misma todo un accionar de disidencia. El

²³⁸ Técnica empleada en psicodrama para hacer foco en una situación y magnificar su efecto.

baño constituye uno de los espacios más regulados dentro del ingreso psiquiátrico por trastorno de la conducta alimentaria. Durante las primeras semanas, en los protocolos cognitivos conductuales seguidos por el hospital, los pacientes ingresados no pueden lavarse los dientes y deben ducharse bajo supervisión de enfermería. Si bien, pueden hacer sus necesidades a puerta cerrada; deben esperar para apretar el botón del váter, ya que ese acto debe realizarse bajo la supervisión de enfermería para evitar vómitos. Desde una lectura psicoanalítica, el baño es el recinto que alberga parte del desarrollo evolutivo del ser humano. Si en el primer año de vida durante el *Estadio Oral*, el bebé debe aprender a recibir nutrición y amor; en el *Estadio Anal*, Freud explica que el niño debe aprender a controlar sus esfínteres, los cuales serán un regalo para su madre. Es curioso el tratamiento que se establece para los trastornos de la conducta alimentaria, porque refuerzan desde la vigilancia las acciones que deberían ser aprendidas desde el amor y el cuidado. En la hospitalización, se establece un dispositivo que registra el tiempo y el modo en el que se deben realizar las comidas. En cuanto a las comidas en el hospital, el ambiente es el que relata el psiquiatra Morandé:

La comida de una anoréxica no es demasiado agradable de presenciar. Se inicia cuando se acercan al carro y cogen su bandeja. La abren, ya en su sitio, explorando su contenido, que a sus ojos se agranda. Alguna puede tener una reacción emocional evidente, las otras se lo callan o lo controlan. Un día a la semana hay cocido, que no es precisamente su plato predilecto y al que no se le quita ninguno de sus componentes.

El ambiente es triste y a veces tenso, pero con momentos de intercambio verbal, incluso bromas cuando ya van mejor. La enfermera hace correcciones, verifica que se hayan comido absolutamente todo y recuerda el tiempo que falta. Casi todos los días hay alguna música suave de fondo que parece aplacar los ánimos. Cuando el tiempo se acaba puede haber alguna que aún no ha terminado y la tensión aumenta. Con el apoyo de las otras pacientes que la animan y el de la auxiliar o enfermera consiguen un último esfuerzo y que no se enfaden con ella.²³⁹

En relación al baño, se propone un panóptico vigilante para el momento pos defecación. Estas instancias vitales deberían haber sido aprendidas en la infancia sin mayores cuotas de ansiedad. Sin embargo, considero que el volver a transitar estas etapas desde la vigilancia expone y vulnera aún más la fragilidad autonómica de un paciente que enferma al crecer.

²³⁹ Morandé, *La Anorexia*, 219.

De esta manera, haber propuesto explorar en el escenario las acciones realizadas en el baño constituyen todo un posicionamiento clínico disidente. Burlar la norma sin que se rompa el pacto es posibilidad metafórica que humaniza. Ingresar al orden simbólico permite tolerar la falta. El juego propone establecer otras vías de acceso al dolor y permite hacer frente a la pérdida. Entrar al cuarto de baño, desde el entrenamiento actoral, pretendía establecer nuevas vías para el aprendizaje. El celador no percibió tal afrenta, porque la sutileza del trabajo a través del juego es un modo de revisar los espacios sin exponer a las participantes. De esta manera, el ejercicio consistía en poder sacarse el aceite de la habitación anterior. Se propuso que representaran el modo en que suelen ducharse. Esta vez debían hacerlo con cuidado, ya que debían sacarse todo el aceite con el que habían estado jugando. Clara hacía gestos de asco cuando se sacaba el aceite entre las uñas con un cepillo. Sandra esperó a ver que hacían sus compañeras y, por fin, propuso coger gel de ducha y jabonarse el cuerpo entero. Hacía gestos de pinchar las pompas de jabón que se producían por la espuma. Andrea decidió no hacer mucho esfuerzo y colocarse bajo el chorro de agua. Hacía gestos de beber agua y tirarla por la boca formando un arco perfecto. No quiero caer en el exceso de psicologismo, pero en ese momento, cuando vi la representación espontánea de Andrea pensé rápidamente en su mecanismo establecido en la bulimia purgativa. Considero que el juego posibilitó exponer su modo singular de hacer frente al “chaparrón”, que era “escupir el exceso”.

Una vez que se concretó la consigna, se les recordó que debían lavarse los dientes y secarse los oídos. Luego, llegó el momento de elegir la ropa que deseaban usar. Se les propuso escoger su prenda favorita y vestirse lentamente. Esta consigna revelaba todo un posicionamiento frente a las normas del hospital, ya que en el ingreso su ropa debía ser entregada y pasaban a usar los pijamas de la ropería institucional.

La ropa se la llevan los padres al ingresarla y no vuelve a utilizarla hasta avanzada la hospitalización, cuando salen a la calle. En muchos casos la ropa anoréxica debe ser tirada y animar a la paciente a comprar una nueva. Es una etapa distinta y una tarea compleja para muchas chicas anoréxicas. Se les anima, se les ayuda, así como a arreglarse y, en algunos casos, a maquillarse.²⁴⁰

²⁴⁰ Morandé, *La Anorexia*, 212.

Clara, habiendo perdido ya la vergüenza inicial, eligió vestirse con un mono ajustado color negro. Dijo: *“Me encanta el color negro, me parece elegante y suelo usarlo para los conciertos con el piano”*. Sandra entusiasmada comentó que ella deseaba lucir *“un vestido muy fino”*. Se le pidió que entrara en los detalles de su vestido: *“¿de qué color es el vestido?, ¿es largo o corto?, ¿qué zapatos combinan con la tela?”*. La paciente se entusiasmó y explicó que se trataba de un vestido de fiesta color verde, con unos zapatos de tacón y un tocado de flores en la cabeza. Todos estos detalles los narraba mientras acompañaba el relato con gestos. En esos momentos, se percibía que Andrea había perdido el interés por el juego. Con pocas ganas describió que se colocó un *“chándal muy cómodo”*. *“¿De qué color es el chándal?”*, intenté preguntar. Pero la participante se mostró apática y enfadada. No insistí.

Construcción del guion

Se continuó con la propuesta de las habitaciones y se dio la siguiente consigna: *“Ahora vamos a entrar en la habitación de los sueños, aquí deben pensar un sueño que deseen representar y sus compañeras deben adivinar de que sueño se trata”*.

Sandra quiso ser la primera y representó una escena en un cabaret haciendo un *striptease*. Utilizó una silla y se movió alrededor de ella sin pronunciar palabra, se sacó el vestido imaginario que llevaba desde la escena anterior, terminó la representación y saludó al público. Sus compañeras adivinaron rápidamente que se trataba de un *striptease* y se rieron. Se percibió en la participante mayor desenfado. Sorprendió el giro que se produjo entre la primera toma de contacto con el espacio, donde la paciente se presentaba más aplomada y con timidez. Se le propuso que desarrollara la historia de esa persona que acababa de realizar el *striptease*. La paciente se quedó pensando mientras sus compañeras representaban sus sueños. Luego, narró la historia de una mujer que había perdido su casa y que debía trabajar en un club de alterne para pagar el alquiler. La mujer no conocía a nadie en la ciudad porque acababa de llegar de Polonia y las únicas personas con las que había tratado le ofrecieron ese trabajo porque ella poseía una gran belleza. La mujer polaca aceptó y comenzó a ganar muchísimo dinero. En un par de meses, se pudo comprar una casa nueva y tener amigas de distintos países. Sin duda, el contenido de la historia de la participante puede tener correspondencia con algunos puntos de su historia real de mudanza a una nueva ciudad. Situación que puede dejar a una persona en una posición

vulnerable y de riesgo. Quedar al desnudo frente a otros. En la historia, puede advertirse la sensación de soledad y de sobreexposición, que se puede llegar a experimentar en una situación como la migración. Sorprende la capacidad de resiliencia de la historia, que a pesar de estar al descubierto, articula las vías económicas que la vuelven a “cubierto” ya que le permite una nueva casa.

Andrea, con su chándal imaginario, cogió una maraca que había entre la utilería detrás del escenario para hacer las veces de un micrófono y se colocó unas gafas de plástico que también había encontrado. Con un poco más de entusiasmo, comenzó a cantar una canción:

Desde cuándo te estaré esperando

Desde cuándo estoy buscando

Tu mirada en el firmamento, estás temblando

Te he buscado en un millón de auroras

Y ninguna me enamora, como tú sabes

Y me he dado cuenta ahora

Puede parecer atrevimiento

Pero es puro sentimiento

*Dime por favor tu nombre.*²⁴¹

Todas rápidamente adivinaron que se trataba de Malú y pensaron que la paciente quería ser Malú pero ella respondió que no: “*Yo solo quiero cantar en el programa de La Voz y que ella me escuche*”.²⁴² Se observó que volvió a utilizar la figura de su cantante favorita para animarse a representar lo que ella deseaba hacer. Resulta interesante el matiz que incorpora que ella no quiere ser la artista, sino que la artista la escuche. Esto es un dato que en la clínica puede resultar muy útil para poder acompañar su proceso. Se le pidió a Andrea que escribiera una historia sobre este sueño, pero la participante se negó. Volví a no insistir.

Clara, se tomó tiempo para organizar meticulosamente su escena. Colocó unas sillas pequeñas en hilera; ubicó en el centro del escenario una mesa y cogió una pelota de plástico roja que encontró entre el atrezo. Comenzó a representar su sueño. Le dio un mordisco a la pelota de plástico, la cual le provocó un desvanecimiento que la condujo a quedar recostada bajo la mesa. Las compañeras dijeron al unísono

²⁴¹ Estribillo cantado por la participante de una canción de Alejandro Sanz y Tommy Torres.

¹⁰ La Voz es un *reality show* y concurso de talento basado en el formato de *The Voice*, creado en los Países Bajos.

¡Blancanieves! Si bien, la representación era evidente, me sorprendió la elección de aquel cuento y el abandono de aquel mono ajustado negro para la actuación. Se trataba de representar la habitación de los sueños y Clara trajo un cuento de hadas. Blancanieves es un cuento que plantea el conflicto de una joven que había perdido a su madre que la amaba y, cuando crece, es amenazada por una madrastra que quiere eliminarla por ser más hermosa que ella. El cuento original de los Hermanos Grimm dice: “*Blancanieves fue creciendo y se hacía más bella cada día. Cuando cumplió los siete años, era tan hermosa como la luz del día, y mucho más que la misma Reina.*”²⁴³ Es un cuento que revela el conflicto de crecer, un cuento infantil que plantea la rivalidad con algunas figuras maternas cuando las hijas crecen. El psicoanalista, Bruno Bettelheim, propone una lectura estructuralista sobre los cuentos de hadas y realiza un análisis simbólico sobre sus contenidos:

El tema central de “Blancanieves” es el de una niña que, todavía en la pubertad, supera, en todos los aspectos, a su perversa madrastra, quien, loca de celos, le niega una existencia independiente, simbólicamente representada por el esfuerzo de la madrastra por ver aniquilada a Blancanieves.²⁴⁴

Si bien, no voy a realizar un análisis sobre el simbolismo de este cuento, ya que sobre este modo de transmisión cultural la antropología, el psicoanálisis y el feminismo han proporcionado mucho material teórico; no puedo obviar, que en el espacio de teatro dentro de un ingreso a psiquiatría por trastorno de la conducta alimentaria, el hecho de comer una manzana envenenada no puede pasar desapercibido. Como ya se dijo, el teatro permite continuar la narración. En ello, tanto el teatro como la clínica son generosos. Es en esa modalidad del dispositivo que advertí que había lecturas de la escena que venían de mi doble posición como clínica y como directora. De esta manera, decidí jugar *transclínicamente* con las lógicas dramáticas. Se le pidió a Clara que resolviese la escena propuesta, porque detectaba que la paciente “debía despertar”. Ante la consigna, la participante refirió que no deseaba que un príncipe la rescatase. Durante todo el trabajo de campo, muchas pacientes adolescentes habían expresado que no querían ser rescatadas por “el príncipe azul de Disney”. En este sentido, me atrevo a decir que el avance en materia

²⁴³ Hermanos Grimm, *Blancanieves*, disponible online: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/blacan.pdf>

²⁴⁴ Bruno Bettelheim, *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, trad. Silvia Furió, (Barcelona: Crítica, 1994), 20.

de feminismo aparece con fuerza en los discursos de las nuevas generaciones. Sin embargo, desde la escucha clínica comprendí que había una tendencia en Clara que la conducía a asumir todas las “cargas”. Percibí en su negativa de ser “rescatada” una versión más de su auto-exigencia; de quedarse sola sin una otredad que le permitiera salir de ella misma. Le pedí que continuara la historia como quisiese. La paciente permaneció en silencio unos segundos para reacomodar el escenario. La nueva versión de Blancanieves me dejó perpleja. Clara estaba en escena rodeada de los enanitos (sillas) cuando volvió a comer la manzana pero, esta vez, se convirtió en una enana más junto a los siete enanitos. Hizo movimientos pausados y se colocó a la altura de las sillas. Dijo: *“ahora si puedo veros la cara, qué guapos sois... ¡He comido esta manzana que me regaló una mujer en la calle y me he convertido en enana! Qué fácil es todo a esta altura. ¡Las sillas son de mi tamaño, la mesa, la cama y la puerta! ¡Ahora si puedo vivir con vosotros sin mayor problema!”* La nueva versión del cuento revelaba la posible incomodidad corporal que suele sentir un paciente con anorexia. La protagonista sentía el cuerpo como “grande” para unos mobiliarios tan pequeños. Pensé que esta forma de resolver el adormecimiento, si bien, constituía un avance en la posibilidad discursiva; no permitía el crecimiento de una manera adecuada. En esta línea, es posible citar al grupo Tiquunim,:

La educación de la Jovencita sigue el curso inverso a todas las demás formas de educación: para empezar, la perfección inmediata, innata de la juventud; después, los esfuerzos para mantenerse a la altura de esa nulidad primera; y finalmente la debacle, ante la imposibilidad de volver más acá del tiempo.²⁴⁵

Pensé que Clara debía continuar su proceso de crecimiento y no regresar mágicamente a la infancia. Advertí que el modo en que Clara proponía la resolución del cuento denotaba un carácter regresivo. Si bien, esta Blancanieves podía comer la manzana sin ser envenenada y la comida se convertía en algo más amable para la protagonista. Comprendí que era necesario dar un paso más en el orden del juego, la paciente debía romper la encerrona niñez o aniquilación. Por ello, se le sugirió incorporar a escena a sus compañeras. Como directora y clínica, decidí enfatizar la consigna a fin de incluir una otredad en esta escena; porque sin la posibilidad de incluir a otro no hay dialéctica que nos devuelva al orden simbólico. Le pedí que

²⁴⁵ TIQQUNIM: “Primeros materiales para una teoría de la jovencita”.

reformule el cuento como ella quisiera, pero en este nuevo guion debía incluir una persona o más personas a la escena. La propuesta le costó mucho. Sus compañeras subieron al escenario y esperaron a que Clara les dijera qué hacer. Finalmente, bajó las sillas pequeñas del escenario y la mesa. Dijo, *“va a haber dos versiones”*. *“En la primera versión como la manzana y el trocito envenenado que se me queda en la garganta. Andrea me lo saca como lo hacen los médicos (hace el gesto de la Maniobra de Heimlich). En la segunda versión, como la manzana y me vuelvo enana. Entonces, Sandra me tiene que soplar en el oído para darme aire y volver a ser yo.”* Representó las dos escenas. Le expliqué que ambas escenas estaban desunidas en tiempo, que tenía que hacer una narración e integrar a ambos personajes. *“Bueno, vamos a ver... primero me pasa esto y después me pasa lo otro. Yo me quedo con mucho miedo de volver a comer manzanas, entonces una de vosotras tiene una idea y es hacer un pastel de manzanas para que el veneno se vaya. Nos juntamos las tres, hacemos el pastel y lo comemos de merienda.”* *“¡Me encantó!”* Expresé y avalé este posible final de Blancanieves y Clara. Esta versión singular del cuento no solo le permitía a Clara “coger aire” y crecer; sino, también, establecer un lazo social con sus compañeras, quienes la ayudan a desvanecer el hechizo en la manzana.

Propuesta Final de las Participantes

Aún, quedaban diez minutos para acabar la sesión y las pacientes propusieron representar escenas que “odiaban”. A pesar del poco tiempo que restaba, la propuesta fue alojada. Esta decisión fue aventurada, ya que al abrir un contenido de este tipo se podría correr el riesgo de no poder encontrar una vía catártica adecuada y que quedaran contenidos sueltos. Sin embargo, me pareció profundamente necesario poder alojar los contenidos rechazados por las pacientes. Asumí el desafío.

Sandra representó la soledad, se acurrucó en el escenario y pronto sus compañeras adivinaron que se trataba de “la soledad”, todas refirieron sentir temor de estar solas. En esta representación no apareció la palabra, solo la acción. Por mi parte, desde la dirección no intervine, solo alojé la emocionalidad de la participante y di espacio para que sus compañeras dijese que es un sentimiento compartido. Andrea utilizó en su escena el telón negro del escenario, realizó movimientos elásticos con la tela y pronto sus compañeras reconocieron que la paciente le temía a la oscuridad. Comentaron que Andrea solicitaba a las enfermeras por las noches que no apaguen la

luz de su habitación. En esta representación tampoco apareció la palabra. Sandra dijo, “*es que la sala es muy tétrica, yo también tengo miedo cuando me quedo sola*”. Clara representó una escena llena de payasos que se reían de ella. Se le preguntó el motivo de su elección y refirió que siempre temió a los payasos. “*Son feos*”, dijo Andrea, “*son de películas de terror*”, la acompañó Sandra. Se realizó al final del taller un eco grupal donde se devolvieron comentarios sobre lo trabajado en la sesión. Se reconoció a Andrea por haber utilizado el recurso de la tela para su representación sobre la oscuridad, lo que pareció sorprenderla. Se le señaló que, poco a poco, la “tela” iría cayendo y el miedo desaparecería. Se comentó también sobre el miedo a la soledad representado por Sandra. Sus compañeras expresaron sentir el mismo temor y esto pareció aliviarla. Luego de la sesión, las pacientes parecían más tranquilas y unidas entre ellas. Se percibió que esta petición final les permitió expresar con el cuerpo sus miedos y, también, comprender que no solo ellas tenían esos sentimientos sino que era un sentir de todas. Regresamos a la sala y por el pasillo se las percibía más alegres. Sonreían y le preguntaban al celador si le había gustado su representación. El celador les dijo, “*me sorprendisteis, no sabía que erais tan talentosas*”. Se percibió en ellas la satisfacción que deja la catarsis teatral cuando la obra logra su cierre.

Conclusiones parciales de la primera escena

El análisis etnográfico de lo sucedido en la primera escena nos permite comprender el proceso de construcción de la *transclínica*. En ella, se puede observar la tensión inicial por parte de la investigadora en relación al cumplimiento de los protocolos cognitivos-conductuales instaurados en la institución. Al principio, el miedo de perder el espacio de teatro dentro de la institución impedía reflexionar sobre la censura y sobre la coerción ejercida en los cuerpos de los pacientes. Un ejemplo de ello fueron los esfuerzos lúdicos realizados para evitar que las pacientes utilizaran el espejo oculto detrás del telón. En esta escena, ya se pueden advertir los lineamientos éticos de la *transclínica*, los cuales a pesar de no haber estados organizados se vislumbraban en la claridad de no expresar ninguna orden de prohibición referente al espejo; sino que, por el contrario, los límites protocolares se trabajaron lúdicamente al desviar la direccionalidad de la marcha de las participantes. Con el tiempo, esa observancia propia del panóptico vigilante se desvaneció al advertir el exceso del poder médico al pretender controlar la mirada. Prohibir a una persona el reflejo de su

propia imagen es no comprender, que el trabajo profundo a realizar, es el de integrar lo especular dentro de la corriente de la ternura. La aceptación del propio cuerpo no viene de la mano de la negación, sino del enfrentar la propia mirada inquisidora para construir una nueva forma de mirar. Con el correr de los años se flexibilizaron estas medidas y la espontaneidad de integrar el espejo detrás de la escena fue una estrategia utilizada para la caracterización de los personajes. Otro de los indicios claros en la ética de no prohibir, se observó cuando el celador intentó censurar la propuesta de la participante que esnifó cocaína. El teatro permite alojar las conductas desafiantes de los pacientes para evitar la confrontación. El arte dramático suaviza el impacto de las propuestas violentas por parte de los pacientes de psiquiatría y organiza un espacio simbólico de contención. No se trata de respaldar las conductas disruptivas, sino de desmontarlas. Esto constituye uno de los ejes del trabajo *transclínico*.

Por otra parte, en la primera escena, puede verse la importancia de tomar conciencia del espacio y del cuerpo. La propiocepción de los cuerpos fue una de las primeras herramientas del teatro que se reconocieron como indispensables para el trabajo *transclínico* con pacientes con diagnóstico de anorexia. El juego en la habitación del baño permitió burlar las barreras de la prohibición y de la vigilancia para convertirse en apuestas disidentes dentro de los protocolos del ingreso psiquiátrico. El trabajo secuencial de salir del baño vestidas con sus propias ropas fue una intervención dirigida a la singularidad y a la subjetividad de las pacientes.

Para finalizar, es necesario señalar el proceso de organización de la estructura de la *tramoya*. Estructura estructurante que se manifestó de manera incipiente, cuando las pacientes espontáneamente propusieron abordar sus “escenas odiadas”. Este marco que facilitó la acción y el despliegue del malestar organizó una forma de catarsis que provocó alivio en las participantes. La última escena corrobora el tercer elemento del dispositivo de la *tramoya* el cual hace hincapié en una catarsis que se obtiene gracias a no regular el dolor y permitir su expresión sin censuras. En este estadio de la investigación la catarsis se encontraba ligada a los presupuestos aristotélicos que abogan por una descarga colectiva de los humores.

Segunda escena: “Cortafuegos”

Esta sesión, que llamo *Cortafuegos*, sucedió a la semana siguiente de la primera escena en marzo de 2014. En esta escena, una de las participantes me preguntó quien era yo. Esa pregunta, que emergió desde el inicio del trabajo de campo, mantuvo siempre la misma respuesta: “*mi nombre es Cecilia, soy psicóloga y en el hospital llevo este espacio de investigación teatral*”. Si bien, esta respuesta no varió a lo largo de los cuatro años de trabajo de campo, mi comprensión de la misma si se modificó. La permanencia en el campo me permitió descubrir que, al explicar que era psicóloga, los participantes me ubicaban como una alteridad capaz de tolerar sus contenidos angustiantes. A lo largo de esos años, observé que los participantes organizaban su discurso en clave clínica. Advertí que ese rol permitía que el mensaje de los pacientes fuera a un interlocutor capaz de escuchar contenidos ligados a ideas de suicidio, muerte, violencia, abusos y, también, capaz de realizar una pesquisa sobre el deseo subjetivo narrado en las historias. Por este motivo, nunca negué mi condición de sanitaria. Asimismo, no busqué la proximidad o la complicidad con los participantes, comprendí que mi rol debía permanecer bajo un semblante de saber psicológico que pudiera tolerar el malestar. Por otra parte, los participantes no fueron tratados únicamente como informantes según la categoría del método etnográfico, ya que mi permanencia en la institución era previa a la necesidad de crear un registro cultural. En este sentido, mi rol de investigadora dentro de la institución no fue tanto el de obtener datos de la cultura hospitalaria; sino establecer una praxis disidente frente a los lineamientos disciplinarios que ya conocía.

Participantes de la escena

En ella participó la presidenta de la Asociación Creando, Eva Maestre Casas, y como observador un responsable de la sala de ingreso. Se derivaron a cinco pacientes, de las cuales Clara de 15 años y Andrea de 17 años, ya habían participado en la primera sesión. Las tres participantes nuevas eran:²⁴⁶

- Marisol de 15 años, había ingresado la semana anterior por un cuadro de bulimia no purgativa. Este tipo de bulimia consiste en que después del atracón no hay una purga, sino una conducta compensatoria. A diferencia de la bulimia

²⁴⁶ Todos los nombres utilizados son ficticios para resguardar la identidad de las participantes.

purgativa, se asume que lo que se ha comido es procesado por el sistema digestivo, por lo tanto no se recurre a vómitos provocados ni a laxantes. En este caso, la paciente realizaba acciones para compensar la ingesta de calorías, hacía ejercicios que implicaban un alto desgaste cardiovascular. La paciente pertenecía a una familia adinerada y mostraba abiertamente su incomodidad para compartir habitación con otros pacientes. Desde que ingresó, referían las enfermeras que lloraba todas las noches y solicitaba que le permitiesen hablar con su novio por teléfono. Si bien, la paciente no presentaba un cuadro de desnutrición, había sido ingresada por conductas desorganizadas y de manipulación. La paciente mentía a sus progenitores acerca de situaciones cotidianas y sobre el dinero que necesitaba.

- Laura de 13 años, era una paciente de República Dominicana. Llevaba ingresada hacía seis días. Había comenzado con un cuadro de anorexia nerviosa restrictiva hacía dos años cuando su madre y sus tres hermanos se mudaron a España. La escolarización de la menor fue un hecho traumático por la cantidad de estímulos y contenidos nuevos que debía asimilar. Durante la entrevista de ingreso, refirió la madre que la paciente era muy exigente con ella misma y que por las noches sufría de pesadillas si al día siguiente tenía un examen. Desde que la paciente estaba ingresada, comenzó a dormir mejor sin necesidad de medicación y pudo organizar sus estudios gracias a los profesores de apoyo que había dentro de la sala. Impresiona que su síntoma psiquiátrico estaba más ligado a una causa social de integración y de acompañamiento en los desafíos escolares, ya que durante el ingreso no había mostrado rechazo a la comida. Los médicos ya habían realizado la interconsulta con servicios sociales.
- Paulina de 12 años, había ingresado hacía tres días. En el ingreso, se mostraba muy sonriente y simpática. Todas sus compañeras le proporcionaban cariños y cuidados, ya que era la menor de toda la sala. El ingreso se produjo por la imposibilidad de control parental de la paciente. Era una persona impulsiva y desafiante, había amenazado con hacerse daño desde que había nacido su hermano menor. Los padres referían vivir una tiranía con ella debido a los celos hacia su hermano. La paciente no se encontraba en un estado clínico crítico que requiriera cuidados en torno a la alimentación, sino que

impresionaba que el tratamiento se debía orientar hacia sus conductas explosivas e implosivas. A la paciente le habían instaurado un esquema de medicación para el manejo de la impulsividad.

Caldeamiento

Se propuso a las cinco participantes que se presentaran con su nombre y su color favorito. Clara dijo que a ella le gustaban todos los colores, pero que el negro le parecía muy elegante. Marisol, con tono de burla, dijo: *“el negro no es un color, es la ausencia de todos los colores”*. Clara se mostró sorprendida y expuesta. Sentí la necesidad de rescatarla del boicot que Marisol realizaba no solo a ella, sino al espacio. *“Es verdad que el negro es la ausencia de color por falta de luz y que el blanco es la suma de todos los colores. Pero qué fino es el negro, qué elegante es”*, repuse. Continué el ejercicio desestimando la rebelión de Marisol. Percibí en la paciente un mecanismo defensivo torpe que necesitaba dejar en evidencia a sus compañeras para sostener su posición. Mi respuesta como directora se encontraba enmarcada en una mirada clínica. Quizás en un laboratorio dramático los roces entre compañeros no deben ser atendidos por el director, pero comprendía que en un grupo en tratamiento psiquiátrico era imprescindible organizar la escena. Supe que debía trazar una línea que condujera a un pacto grupal sin agresiones veladas. Fijar los límites para construir un espacio simbólico seguro en el cual las participantes pudiesen expresar su malestar sin ser juzgadas. Reconozco que mi forma de intervenir y de leer la temperatura grupal es una reminiscencia de los años trabajados en una sala de psiquiatría.

De esta manera, continué con el ejercicio habiendo establecido ese cortafuegos. Andrea eligió el morado porque era *“el color del feminismo”*. Marisol refirió que le gustaba el rojo por ser el color del amor. Laura no quiso elegir un solo color porque decía que le gustaban todos los colores y Paulina dijo que le gustaba el amarillo.

Después de este primer contacto verbal y desde una necesidad de crear nuevas formas de comunicación, se les propuso una primera aproximación hacia el trabajo de reconocimiento de la corporalidad de las participantes. La consigna consistía en colocarse en fila realizando un círculo para poder hacer masajes en las orejas de la compañera que se encontraba delante. La intervención se realizaba con la compañera de espaldas para evitar el contacto visual, ya que el trabajo corporal intentaba ser más sensorial que especular. Al indagar como se sentían Laura expresó: *“con vergüenza”*.

Detecté que, aún, no había confianza para trabajar con los cuerpos de las otras participantes en escena. Si bien, esa vez había llevado la sesión preparada; pude adecuarme a la temperatura grupal. Estos fueron los puntos que se flexibilizaron a lo largo de la permanencia en el campo. Mientras que al principio necesitaba llevar un esquema preciso para el trabajo de una hora; con el tiempo pude tejer un bagaje propio de técnicas de las que podía echar mano para conducir al grupo a la espontaneidad. De esta manera, les propuse desarmar la fila que habían hecho para darse “auto-masajes” en el rostro. Comencé a nombrar las partes de la cara, en el siguiente orden: el mentón, la boca, los dientes, los cachetes, la nariz, los párpados, las pestañas, las cejas, la frente hasta llegar a las orejas. Este ejercicio de reconocimiento corporal, convertido por la urgencia en autopercepción, tenía como principal objetivo hacer un primer acercamiento hacia el gesto. El sentido de trabajar la propiocepción de las participantes con diagnóstico de TCA se relacionaba a la necesidad de volver a establecer un vínculo con el propio cuerpo. Un vínculo desde lugares amables, que les permitiera a las participantes reorganizar su imagen corporal. El ejercicio propuesto pretendía apartarse de los protocolos del hospital, los cuales prohibían el uso de cojines que acolchonasen el metal de la silla. Los médicos referían que los pacientes llegaban a niveles graves de desnutrición por consecuencia de una distorsión de la imagen corporal. Por ello, incidían en que debían tomar consciencia de la falta de grasa en los glúteos, del dolor que les provocaba la delgadez. La prohibición del uso de cojines podía ocasionar escaras en los pacientes más graves. Considero, que la prohibición de usar cojines como prótesis corporales expone al sujeto a lo real. Esta norma establecida para generar consciencia ejercía cierta violencia sobre los cuerpos que quedaban sin “un colchón imaginario” que sujete la imagen agrietada por la enfermedad. En ese sentido, la propuesta lúdica se volcaba a un redescubrimiento del cuerpo. El objetivo inicial era establecer el reconocimiento entre las participantes pero, dada la vergüenza experimentada, se condujo a un autoconocimiento del rostro.

En psicología evolutiva, el tacto es considerado un sentido básico en el orden evolutivo de un niño. El psicoanalista austríaco René Spitz investigó la historia de miles de bebés y niños huérfanos tras la Segunda Guerra Mundial. Spitz descubrió que esos niños por más que tuvieran las necesidades básicas cubiertas, como la alimentación, la higiene y el sueño, podían morir por falta de amor y contacto físico.

Esta enfermedad que se da en niños hospitalizados se llama marasmo. El tacto es canal de comunicación afectiva entre los primates y vehículo de auto-conocimiento. Spitz descubre que los progenitores al nombrar y acariciar el cuerpo de sus hijos, ayudan al propio reconocimiento de la corporalidad.²⁴⁷ Un bebé recién nacido debe aprender para qué sirve cada parte de su cuerpo: los pies, las manos, los ojos, el ano, la nariz, la boca. Es común la imagen de una madre jugando con su bebé y diciéndole “¿de quién es esa naricita, esos deditos, esos ojitos?”. Estos juegos que impresionan sencillos a simple vista, son los encargados de organizar no solo la corporalidad del recién nacido, sino su *yo*.

En esta línea, el teatro es un espacio que facilita al sujeto un pasaje hacia su propia corporalidad. Porque el teatro no solo es imagen y texto, el teatro es cuerpo abierto al ejercicio de lo táctil. El teatro es tocar palabras y escuchar cuerpos. La investigadora teatral Gabriela Cordone hace una reflexión exquisita sobre el tacto, el objeto y el cuerpo:

El cuerpo que comparte los atributos de la materialidad, siento los objetos; no se trata de sensualismo, sino de objetos percibidos: al entrar en contacto con un objeto material, el cuerpo experimenta una doble vivencia. Por un lado, física -el descubrimiento del objeto a través de sus aspectos- y por otro lado, somática- se experimenta la vivencia del propio cuerpo. Gracias a este eco del objeto en el cuerpo, el cuerpo se sitúa en una capa superior de la realidad, convirtiéndose en un cuerpo propio cuya capacidad es doble, ya que percibe la exterioridad física del objeto y simultáneamente, las impresiones sensibles experimentadas en el interior del cuerpo. Luego no es de extrañar que el tacto sea el sentido más privilegiado en la constitución de un cuerpo propio, ya que implica la simetría de lo sensible. En efecto, el tacto es el único sentido que permite realizar la doble experiencia de su cuerpo como tocado y como tocante.²⁴⁸

De esta manera, el cuerpo se organiza en ese tocar y ser tocado. El ejercicio de reconocimiento del rostro no tuvo mayores complicaciones y se pudo pasar a la siguiente consigna: “*ahora os presentaréis a través de un idioma inventado y una compañera deberá traducir lo que digáis*”. Le propuse a Eva mostrar el ejercicio:

-“*Chunchi pum tuculm usante, achin me conté*”, dije estas palabras inventadas acompañadas todo el tiempo de una sonrisa.

²⁴⁷ Spitz, *El primer año de vida del niño*, 25.

²⁴⁸ Cordone, *El cuerpo presente*, 31.

- “Cecilia dice que está enfadada porque hoy perdió el autobús y llegó tarde”, interpretó Eva.

- “*Untinchi usamna usueti pum*”, ahora me expresé con tono enfadado.

- “*Pero dice que está feliz porque ama ir en autobús*”, tradujo Eva.

“¡*Mentira cochina!*”, dijo Paulina. “¿*Cómo podías decir que la primera vez decía que estaba enfadada si se la notaba feliz y, la segunda vez, que se la veía enfadada dijeras que estaba feliz?*” Me quedé fascinada con lo que la pequeña Paulina de 12 años acababa de advertir, le expliqué que en el teatro podemos jugar con todos esos registros para poder generar la trama narrativa. Le indiqué que, en este caso, esa no correspondencia entre el gesto y el decir le permitía al público saber que esa traducción no era muy buena. Les expuse que esta forma de interpretar corresponde al género de la parodia. “*La parodia es cuando se realiza la acción en “contra del canto”, se hace lo opuesto a lo que intuitivamente se ve. Es una representación que puede ser de burla o de ironía*”, repuse y agregué, “*En el caso de recién, el conflicto que detectó Paulina fue realizado adrede; pero, en otros casos, cuando no se realiza una parodia la representación puede resultar inverosímil. En el teatro hay una comunicación verbal y una comunicación no verbal. Cuanto más coincida lo que expresa el cuerpo con lo que se está diciendo, mejor será la representación, con excepción de que se busque realizar una parodia*”. Andrea intervino y dijo: “*Es verdad, por eso en las series cutres no le creemos a los actores. Los malos actores no saben mostrar con el cuerpo lo que dicen*”. “¡*Exacto!*”, repuse. Lo que habían detectado ambas participantes era el eje vertebral de cualquier representación; coherencia entre palabra y expresión corporal.

“*En la vida real también pasa*”, expresó Laura, “*hay gente que te dice cosas terribles con una sonrisa en la boca*”. Esta participante acababa de revelar una de las premisas más difíciles de trabajar en una consulta psicológica, *el doble mensaje*.²⁴⁹ El doble mensaje para el psicodrama es la incoherencia entre lo que se dice y lo que se siente, los sentimientos y la palabra no se encuentran alineados. Un mensaje frecuente son los progenitores que expresan a sus hijos “*sois lo más importantes para mí*” pero luego sus acciones pueden denotar abandono, intolerancia o rechazo. Esto genera confusión y sentimientos encontrados en quienes reciben este *doble mensaje*. La palabra es sustantiva en la organización psíquica de la persona, pero con ella también

²⁴⁹ Es un término utilizado por el psicodrama para indicar la incoherencia entre el mensaje verbal y el mensaje no verbal.

lo es el cuerpo. Es en ese espacio donde trabaja la psicología para poder discernir el conflicto emocional que sufre el paciente. Consideré que esta verbalización de los mecanismos psíquicos por parte de las participantes, les permitía realizar una toma de consciencia de sus propias acciones.

Para poder realizar el ejercicio, se les dio la consigna de agruparse según el color de zapatillas. Marisol, Laura y Andrea tenían zapatillas azules, mientras que Clara y Paulina tenían zapatillas blancas. Al principio, Marisol se negó a realizar el ejercicio. Le dije que ella trabajaría al final.

Andrea comenzó hablando en su propio idioma inventado y Laura traducía: *“Dice que no le gustan los malos actores. Odia que se apague la luz por la noche.”* Andrea se mostró sorprendida de que Laura supiese tanto de ella. Laura continuó traduciendo: *“Dice que le gustan los chicos guapos y hacer pasteles de chocolate para los cumpleaños de sus amigas. Odia estudiar matemáticas pero su madre insiste en que es muy inteligente”*. Este último comentario parecía que pertenecía más al marco referencial de la traductora que de la expositora. Se realizó un cambio de roles, ahora Laura hablaría y Andrea debía traducir. Andrea a diferencia de Laura tradujo en primera persona: *“Soy Laura, me encanta estar aquí en el escenario de la Voz. Quiero cantarles una canción que le escribí a mi novio”*. Laura comenzó a reír y a cantar en el idioma inventado. Andrea tradujo un rap, cuando Laura cantaba de forma melódica en el idioma inventado: *“Hola equipo, estamos aquí en el loquero para ti. Las cosas no funcionan, no hay como salir. Estoy harta del baño, del caño, del moño, de Tonio. Vamos coleguitas, vamos a salir”*. Las cinco rompieron en una carcajada. Las felicité por el ingenio de la propuesta.

En el segundo grupo, comenzó Clara a hablar y Paulina traducía. *“Ella es Clara y es una chica muy buena y guapa”*. Detuve la traducción y le expliqué que no debía decir lo que ella creía sobre Clara, sino lo que Clara dijese. Le expliqué que si lo hacía en primera persona le resultaría más fácil. *“Soy Clara, extraño mucho a mi perro”*. Clara le sonrió y continuó. *“Hace unas semanas que estoy en un hospital porque dicen que estuve muy malita, pero con la ayuda de todos estaré mucho mejor”*. Cambiaron los roles y ahora Clara traducía a Paulina. *“Hola soy Yelena y soy actriz en el Rey León. Me encanta cantar, bailar y hacer ejercicio”*, Paulina se sorprendió con esta interpretación. *“El otro día en el ensayo me caí y me rompí la pierna por eso estoy ahora en el hospital”*. Se felicitó a ambas por la presentación y se le pidió a Marisol hacer el ejercicio. Marisol se rehusó a hablar en el idioma inventado y solo

accedió a hacer la traducción. Se percibió en la participante vergüenza al ridículo y necesidad de tener el control de la escena. Le pedí a Eva que la ayudase. Eva comenzó a hablar en el idioma inventado y a gesticular como si le hiciera calor. *“Soy Raquel y acabo de llegar a Cuba. Me enamoré de un cubano que vive en la Habana y es médico cardiólogo.”* Eva se sorprendió de la explicación. *“Es tan guapo... nos casaremos en Miami y viviremos entre Estados Unidos y Cuba”*. Avalé esta traducción y le pedí que por favor le preguntase a Eva, ya que yo no sabía el idioma, a qué se dedicaba ella. Marisol tuvo que hablar en el idioma inventado y establecer un diálogo con Eva. *“Dice que ella es de Madrid y es artista. Conoció a su pareja en una gira por la Habana”*. Felicité a ambas por la representación. Luego de la escena, Marisol me increpó: *“eres mala, me hiciste hablar en el idioma inventado”*, mi respuesta fue una sonrisa y una reafirmación de su capacidad para poder actuar sin problemas. Consideré un acto de equidad para el grupo que las pacientes participasen desde todos los roles, como directora debía ejercer una maniobra que condujera a Marisol a cumplir con la consigna. El teatro permite una dirección suave y sin enfrentamientos.

Construcción del guion

Para la construcción del guion se utilizó el método clásico aristotélico: *“deben desarrollar una historia para ser representada en el escenario. La historia debe tener la estructura de una introducción, un conflicto y un desenlace. Para ello, van a continuar con vuestros subgrupos: el primer subgrupo compuesto por Marisol, Laura y Andrea, y el segundo subgrupo compuesto por Paulina y Clara. Cuando hayan terminado de construir la obra subirán al escenario y representarán la historia. Las obras deberán tener un título”*.

Las participantes se agruparon y se situaron en diferentes puntos del teatro para poder construir su guion. Clara y Paulina se ubicaron en el escenario y constantemente le pedían ayuda a Eva. Mientras que Marisol, Laura y Andrea prefirieron no solicitar ningún tipo de ayuda y ubicarse al final del patio de butacas. Se les ofreció un tiempo de 15 minutos para crear la historia y para distribuirse los personajes. Podían utilizar el atrezzo que había detrás del salón. Las primeras en acabar la historia fueron Marisol, Laura y Andrea, se les indicó que ellas serían las primeras en representar la obra. Les dije que debían ponerse un nombre para llamar a su compañía de teatro. Luego de un

tiempo, dijeron un nombre propuesto por Marisol: *“somos la compañía Teatraca y la obra es El robo”*.

Representación propiamente dicha

Primer subgrupo: el robo

Me coloqué una pajarita y subí al escenario para presentar la obra: *“Señoras y Señores, tengo el honor de presentar ante vosotros una compañía que viene causando sensación en todo el mundo: Teatraca, con su obra: el robo. Escrita, dirigida e interpretada por Marisol, Laura y Andrea. Apaguen sus teléfonos móviles que la obra va a comenzar”*. Apagué todas las luces del teatro y solo quedó la luz del escenario. Esto que parece un acto común dentro de un teatro, en psiquiatría es un acto de confianza a las participantes. Confiar en que no se harían daño, ni huirían durante el curso de la representación.

Colocaron la mesa pequeña en el centro del escenario, sobre ella un montón de cajitas apiladas. Con el escenario montado comenzó una discusión sobre quién interpretaría el papel de la señora mayor. *“Yo no quiero ser la pobre señora”*, dijo Laura. *“Serás tú”*, dijo Marisol a Andrea. *“Ni de coña, fue tu idea”*, replicó Andrea. Finalmente, Marisol asumió el papel de una mujer de 90 años sorda y ciega que no podía cobrar su pensión por lo que tenía que seguir trabajando en su pescadería.

Comenzó la escena con Marisol en el medio del escenario, sentada de frente con una pequeña silla. Desde afuera, se sentían golpes y ruidos. La mujer preguntó: *¿Quién anda ahí?*. Laura y Andrea aparecieron por detrás del telón, discutiendo. *“Yo no quiero robarle a una vieja”*, dijo Laura. *“Esto es muy difícil”*, expresó Andrea. La escena era impactante, se tejía la verdad subjetiva y moral de las actrices con el guion a seguir. Era bellissimo ver la imposibilidad real de las participantes que se unía a la dificultad de interpretar su propio guion. La discusión era real, parecía una actuación genuina y espontánea. *“¿Cómo le vamos a robar a una vieja sorda y ciega?!”*, dijo Andrea. Se percibía una ansiedad real. En ese momento, a Andrea se le cayó la pistola de utilería que había encontrado entre los objetos del escenario. *“¿Quién anda ahí?”*, dijo Marisol que permanecía incólume en el medio del escenario con los ojos cerrados. Laura lanzó un reproche mudo a Andrea por la torpeza. Comenzaban a actuar. Andrea, ahora un poco más en el personaje, se quedó rígida como una estatua al ver que la mujer mayor comenzaba a caminar. Ambas, dejaron de moverse y se

quedaron quietas hasta que Marisol, dijo: *“Deben ser estos gatos que siempre rondan la pescadería. ¡No hay caso! Gatos de mierda”*. Ahora miraba al público con la mirada extraviada, *“un día harta de que se coman mis pescados, cogí diez sardinas chiquitas. Las abrí y les metí veneno.”* Los ojos de las ladronas eran reales, parecía que eso no estaba en el guion original pero se percibía que Marisol podía asumir el personaje con facilidad. Marisol, aún con la mirada extraviada en el patio de butacas, dijo: *“esa noche se murieron todos esos gatos mugrientos. Al día siguiente llamaron a la policía, nadie sabía que había pasado con los diez gatos negros. Gente de mierda, en este pueblo todos odian a los gatos negros, andan sueltos por ahí y ese día se preocuparon. ¡Hipócritas! Al final, una muerte digna les di. A la policía no les dije nada, ni sospecharon. Soy ciega y sorda, eso da ventaja”*. Acabó el monólogo y todos en las butacas estábamos fascinados. Marisol hizo un gesto imaginario de cerrar las persianas de su local. Quedábamos afuera de la escena que seguía sucediendo dentro, pero podíamos ver el local porque el movimiento imaginario de cerrar habilitaba una línea divisoria de transparencia entre las actrices y el público. El público dejó de tener miedo por esa pobre anciana y comenzó a tener miedo por las dos jóvenes ladronas. Las ladronas se miraron intensamente y se las percibía con la respiración entrecortada. *“Me voy a dormir, ahora estoy cansada. Mañana meto todo este pescado en las cámaras frigoríficas. Espero que no se ponga malo.”* Hizo un gesto de abrir una puerta en el mismo local y se recostó en una cama. Pasados unos segundos, Laura le preguntó a Andrea: *“¿ahora qué hacemos?”*. Andrea indignada dijo: *“vieja hija de puta, yo era pequeña y me acuerdo. Mató a mi gato Merlín. Nadie sabía lo que había pasado con esos diez gatos... pero ahora se va a enterar”*. *“¡Espera!”* gritó en silencio Laura. *“No le vamos a hacer nada, solo vamos a hacer lo que queríamos hacer: robarle la caja”*. *“Tienes razón”*, dijo Andrea, *“no voy a mancharme las manos por una vieja mala”*. Las ladronas silenciosamente abrieron la caja fuerte del local y robaron a la anciana. Descubrieron que la mujer era millonaria, pero que no lo sabía. Había acumulado dinero sin saber que en el fondo de la caja había miles de euros. Las ladronas con gestos de sorpresa, metieron todo ese dinero en una bolsa imaginaria. Luego, se dirigieron al público y levantaron la persiana transparente. Salieron del local menos culpables, sabiendo la verdad sobre los diez gatos y millonarias. Los espectadores quedamos alucinados con la obra que acabábamos de ver. La composición escénica fue perfecta. La capacidad de haber creado un relato de

terror cumpliendo irreprochablemente con la consigna. En mi devolución resalté el uso del escenario, el manejo de Marisol de la escena, el monólogo, el uso de la cuarta pared, la transparencia de la escena que organizaba otro espacio teatral y la complicidad con el público, que en un principio solo veía a una pobre anciana. *“Estoy conmovida”*, expresé. *“Acabamos de ver una gran obra de teatro, ¿cómo se les ocurrió esa trama?”*, dije. Las participantes estaban pletóricas, con esa sensación que deja la catarsis teatral luego de haber sido realizada. Sabían que habían hecho un gran trabajo. *“Habíamos dicho de robarle a una anciana, pero nunca imaginamos que Marisol improvisaría así. Es como que se dio cuenta que nos costaba la escena y convirtió a la anciana en una vieja mala”*, dijo Laura mirando a Marisol con entusiasmo y cariño. *“A mí me pasó lo mismo, me impactó la propuesta de Marisol y me acordé de mi gato que murió hace dos años, por eso se me ocurrió decir que había matado a mi gato”*. El giro de transformar la vulnerabilidad en maldad facilitó la trama narrativa. Marisol se mostró por primera vez parte del grupo, había podido liderar la escena y ayudar a sus compañeras a que la representación se realizara con éxito. En un análisis clínico la paciente pudo desplegar la ira y la agresividad en un espacio simbólico, donde recibía un castigo que la dejaba sin dinero pero que no atentaba contra ella ni su vulnerabilidad. El escenario fue el perímetro simbólico en el cual pudieron arder las emociones de Marisol sin que nadie salga herido.

Segundo grupo: descubrimiento de América.

Se distribuyeron los personajes e invitaron a Eva para la representación. Eva y Paulina, serían las conquistadoras. Paulina llevaba un sombrero de pirata que había encontrado en las cajas de atrezzo y Eva se había colocado un pañuelo como bandana en la cabeza. Clara sería la nativa, se había soltado el cabello y se lo había despeinado de tal forma que no parecía ella. Resultaba increíble ver a Clara abandonar la pulcritud que presentaba por esta nueva apariencia. Además, se había colocado unas telas que había encontrado entre las cajas que estaban detrás del escenario. Las actrices se pusieron de acuerdo para dividir el escenario en dos, de un lado estaba el mar y del otro lado se encontraba el Nuevo Mundo. Utilizaron una tela azul para hacer las veces de agua y unas flores de plástico para representar la tierra. Subí al escenario para cerrar el telón y, así, ocultar la escenografía. Les pregunté como querían ser presentadas. Paulina dijo, *“somos las tiernas”*. Clara se enfadó y expresó que ese nombre no tenía nada que ver con la obra. Les expliqué que el argumento de la obra

no tenía que coincidir con el nombre de la compañía. Clara propuso *“las tres estrellas”*. Las tres aceptaron ese nombre y dijeron que la obra se llamaría *El descubrimiento de América*. Las presentó: *“Señoras y Señores, van a ser testigos de una compañía que viene desde hace un tiempo brillando por los teatros del mundo: “Las tres estrellas”, con su obra: el descubrimiento de América. Escrita, dirigida e interpretada por Paulina, Clara y Eva. Apaguen sus teléfonos móviles que la obra va a empezar”*.

La acción comenzó con Clara irrumpiendo en la escena, gritaba y hacía la gesticulación de un primate. Las conquistadoras recorrían el horizonte azul de la tela con movimientos de remo. Al ver a la nativa se asustaron, Eva pegó un salto de miedo y Paulina hizo una expresión de asco. Clara siguió un tiempo haciendo muecas y dando voces. Finalmente, las tres actrices se detuvieron y se miraron a los ojos. Este acto espontáneo en la escena me obligó a intervenir como directora, les pedí a las actrices que exploraran ese instante del encuentro de los dos mundos, dije: *“un momento, congelad el movimiento. Vamos a dedicar un tiempo a esto que está ocurriendo. Las tres estáis descubriendo algo nuevo que nunca habían visto. ¿Cómo reacciona el ser humano ante lo que no conoce? Exploren esta escena libremente”*. Paulina se escondió detrás del telón para observar todo desde cubierto; Eva caminó entre la tela azul y se aproximó con movimientos lentos y suaves a la costa; Clara continuó dando tumbos sin sostener el contacto visual que pretendía establecer Eva. Luego de unos segundos, Eva decidió preguntar a la nativa *“¿Cómo te llamas?”*. Clara, se mostró confundida, no comprendía lo que aquella persona vestida con otras ropas le preguntaba. Comenzó un pulso entre la nativa y las conquistadoras. Una comunicación inentendible y llena de equívocos. Habían tomado el concepto del caldeamiento. En ese primer encuentro pudieron reflejar la dificultad para el entendimiento y el temor a lo desconocido. Paulina hacía gestos de estar asustada y se escondía detrás de Eva. Mientras que Eva decía: *“pero señora, usted es la capitana de nuestra embarcación. No se esconda”*. *“No me escondo, ¡insolente! Me defiendo de este ser salvaje que nos ataca”*, repuso Paulina. *“Pero si no nos ataca, solamente está un poco sucia y por eso nos da miedo. No se preocupe señora capitana, yo la ayudaré”*, dijo Eva mientras hacía gestos de coger valor.

Eva se aproximó más a Clara y abandonó la vía de la palabra. Propuso en silencio jugar al espejo. Si Clara hacía como un simio, Eva respondía como un simio.

Si Clara saltaba, Eva saltaba. Este ejercicio propuesto por Eva tiene una relevancia significativa en la conformación del esquema corporal y de la autoimagen mental. El ejercicio debe pensarse desde la teoría del estadio del espejo planteada en 1935 por Lacan, donde el ser humano comienza a reconocerse por primera vez frente a un espejo. El psiquiatra francés describe con esta teoría el proceso de conformación del yo a través de la imagen especular. El ejercicio es complejo porque introduce en el juego un otro que debe ejecutar la acción del participante. De esta manera, se fomenta no solo el desarrollo de la lateralidad, sino una puesta en contacto con los miembros del cuerpo utilizados para la acción y reflejados en el compañero. Recordemos que estos pacientes no tienen espejos en los baños durante todo el ingreso lo que favorece el impacto del ejercicio.

Luego de algunas imitaciones entre ambos lados, las actrices comenzaron a reír. La risa que brotó espontáneamente en esta escena me condujo a reflexionar sobre el acto de reír. El filósofo Henri Bergson, dijo sobre este acto:

No hay comicidad fuera de lo propiamente humano. Un paisaje podrá ser hermoso, armonioso, sublime, insignificante o feo, pero nunca será risible. Nos reiremos de un animal, pero porque habremos descubierto en él una actitud de hombre o una expresión humana. Nos reiremos de un sombrero; pero no nos estaremos burlando del trozo de fieltro o paja, sino de la forma que le han dado unos hombres, del capricho humano que lo ha moldeado.²⁵⁰

Esta recreación del encuentro de las civilizaciones nos permite abandonar la pasividad de las butacas para obligarnos a reflexionar sobre lo humano que emerge en esta escena. La risa se estableció como vehículo de comunicación y permitió que aflorara el equívoco y la complicidad. La propuesta espontánea de realizar el juego del espejo reveló una intención poética de reconocimiento de una otredad. Por ello, la risa que emergía de las actrices traspasaba el mero suceso del aquí y ahora para conducir a una reflexión más profunda en los planteamientos antropológicos. El encuentro con la otredad y la manera en que ese encuentro puede abandonar los cauces del miedo a lo desconocido para ingresar en el universo infinito de la significación.

Al ver a Eva y a Clara reír con las imitaciones que se proporcionaban, Paulina se sumó al juego. La complicidad aumentó y las tres actrices comenzaron a expresar

²⁵⁰ Henri Bergson, *La risa. Ensayo sobre el significado de la comicidad*, trad. Rafael Blanco, (Buenos Aires: Ediciones Godot, 2011), 10.

carcajadas en el escenario. Desde el patio de butacas éramos testigos de una nueva versión del descubrimiento de América, los movimientos de las conquistadoras y de la nativa parecían una danza acompasada que lograba prescindir de la palabra.

En esa nueva escena donde los personajes no utilizaban la lengua como medio de comunicación, Clara mediante señas les ofreció lo que estaba tomando. Eva le preguntó si era agua o alcohol, Clara jugando al equívoco comenzó a hacer gestos de una inyección. “*Nos quiere inyectar con una jeringuilla*”, gritó Paulina, mientras nadaba volviéndose al mar. La obra termina con Paulina nadando hacia el mar; Clara en el suelo por los efectos de la inyección y Eva asistiendo a Clara. La propuesta de las pacientes tiene muchas posibilidades de análisis pues, la escena de la jeringuilla indaga sobre las posibles reacciones que pueden tener las participantes ante lo desconocido. Lo desconocido ligado al otro como amenazante, drogadicto, pobre o bárbaro. Al acabar la obra, las participantes que se encontraban en el patio de butacas no tardaron en manifestar su desconcierto sobre la escena de la “jeringuilla”. Andrea, dijo: “*¿de dónde sacasteis que los indios tenían jeringas para inyectarse?, están como unas cabras*”. Por mi parte, considero que la propuesta no estaba descontextualizada; sino todo lo contrario las pacientes estaban ingresadas en el hospital y, en un hospital, se ponen inyecciones. Pareciera que la realidad de las pacientes hacía fuerza para aparecer constantemente, incluso en el juego teatral. En, “*Realidad y Juego*”, Winnicott plantea justamente que el juego es ese espacio transicional donde el niño elabora situaciones conflictivas.²⁵¹ El inconsciente hizo aquí su entrada y evidenció lo absurdo y, tal como sucede en los sueños, impresionó ser una vía de elaboración psíquica.

Se realizó una devolución que ponía en valor lo trabajado por ambos grupos. El celador, que había participado de observador, les expresó su sorpresa frente al talento manifestado por las participantes. Las cinco participantes regresaron felices a la sala.

Conclusiones parciales de la segunda escena

En esta segunda escena se puede observar con claridad la función imprescindible de la *dirección transclínica* como quinto elemento del dispositivo de la *tramoya*. La importancia de esta escena llamada *Cortafuegos* radica en el rol de la directora *transclínica*, cuyo objetivo principal es conducir la sesión hacia el respeto de

²⁵¹ Donald Woods Winnicott, *Realidad y juego*, (Barcelona: Gedisa, 1993).

todas las partes. La sesión comenzó con una primera descalificación por parte de una de las pacientes, la cual fue desestimada rápidamente por la dirección con el objetivo de crear un espacio seguro para todos los miembros del grupo. Al conocer el conflicto que esa paciente acarreaba desde la sala de ingreso y la constante necesidad de desvalorizar a sus pares, el “cortafuegos” establecido al principio de la sesión permitió templar el ambiente para poder trabajar dramáticamente. Cuando se trabaja con psicoterapia grupal es necesario desmontar algunas posiciones atribuidas a los miembros más vulnerables de los grupos, los cuales corren el riesgo de ser los depositarios de la carga emocional grupal. Es en este punto que se considera que la dirección de teatro en un hospital debe ser bajo la responsabilidad de un conocimiento clínico y de un buen manejo de las alianzas, identificaciones y proyecciones que se establecen entre los miembros. Según Isabel Díaz Portillo, el terapeuta grupal es el único responsable del adecuado desarrollo de un grupo, dice:

El terapeuta es el único responsable de la creación y reunión del grupo; iniciador, catalizador y protector de la tarea grupal y procesador e intérprete de la información. Establece: las metas del grupo sobre bases científicas, no dogmáticas; el tiempo y lugar para los encuentros; hace el contrato con los miembros; los protege de lesiones y además fija la terminación de la terapia en el punto adecuado.²⁵²

De esta manera, fue labor *transclínica* facilitar la transformación del autoritarismo de la paciente a su participación desde una horizontalidad que “sana”. El cambio de actitud en lo vincular frente a sus compañeras le permitió asumir el rol protagonista y líder dentro de la obra de teatro propuesta. Así, la actuación ofrecida por la paciente puede leerse como una reconducción de elementos sádicos ya no depositados en los miembros del grupo, sino en elementos ficcionales de la representación.

²⁵² Isabel Díaz Portillo, *Bases de la terapia de grupo*, (México: Pax, 2000), 173.

Tercera escena: “La venta”

Esta escena, que llamo *La venta*, sucedió en octubre de 2015. Por entonces, el espacio de teatro dentro de la institución se encontraba más asentado y mis propuestas asumían, poco a poco, un carácter más dramático. Nuevos psiquiatras comenzaron a derivar pacientes al proyecto. Advertí que, entre ellos, habían comentado sobre los beneficios que algunos pacientes tuvieron con la actividad y comenzaban a prescribir las sesiones de teatro como parte del tratamiento de ingreso. Uno de los cambios significativos que se sucedieron fue el reconocimiento del espacio dentro de la institución. Cuando llegaba a buscar a los pacientes ingresados para la actividad, las derivaciones ya habían sido apuntadas dentro de sus prescripciones médicas.

En esta escena participaron seis pacientes, un responsable de actividades lúdicas del hospital y Eva Maestre Casas.

Los pacientes que participaron del espacio fueron:²⁵³

- Beatriz de 15 años, que había ingresado hacía dos semanas por un cuadro leve de desnutrición debido a una anorexia nerviosa restrictiva, con amenorrea de tres meses. La participante había comenzado con conductas evitativas y de ocultamiento en relación a la comida. Cuando sus padres advirtieron la enfermedad, la paciente había acopiado, durante cuatro meses, la comida de la merienda en el armario de su habitación.
- Carlota de 14 años, había ingresado una semana antes por un cuadro de descompensación del sodio provocado por conductas compulsivas. La paciente presentaba un cuadro de potomanía,²⁵⁴ que desequilibró su medio interno. El inicio del cuadro coincide con el fallecimiento del abuelo paterno. Sus padres se encontraban en paro desde hacía un tiempo y eran ayudados por el abuelo que falleció. La situación económica familiar era delicada. La paciente refería durante el ingreso miedo a no tener para comer. La paciente presentaba un rendimiento académico medio y una estable red de amigas del barrio.
- Isabel de 17 años, había ingresado hacía veinte días tras haber interrumpido la ingesta de alimentos de manera paulatina. En un principio, solo comía postres

²⁵³ Todos los nombres utilizados son ficticios para resguardar la identidad de las participantes.

²⁵⁴ Necesidad exagerada y urgente de beber líquidos y suele ser patológica.

dietéticos y melocotones en almíbar. Le siguió una temporada en la cual se alimentaba a base de conservas hasta que, finalmente, interrumpió la ingesta de alimentos. Presentaba un IMC de 16, que equivale a una desnutrición grave. Dos años antes, la paciente había comenzado a asistir a una academia de modelos, en la cual estudiaba interpretación y oratoria. Participó como actriz en teatros y espectáculos infantiles. Los médicos le habían sugerido abandonar las giras que tenía con su compañía de teatro.

- Elena de 11 años, la paciente presentaba un cuadro de ansiedad asociado a una pérdida completa del apetito. Había suprimido la ingesta de alimentos meses previos, a pesar del constante control de sus padres. El año anterior, la madre había perdido un embarazo, entró en depresión, y la paciente había asumido el rol de cuidadora de sus dos hermanas pequeñas.
- Paula de 15 años, la paciente había ingresado por un cuadro de excitación psicomotriz diez días antes. La paciente desde los 13 años presentaba ingresos en psiquiatría por desorden de la alimentación. Cada año que transcurría desde el primer ingreso empeoraba el cuadro. En esa ocasión, se había marchado de casa con su novio de 18 años. Los padres la encontraron desnutrida y con signos de consumo de ketamina.
- Antonio de 15 años, había ingresado por un cuadro de anorexia nerviosa restrictiva. Presentaba un IMC de 18 y, en ese momento, se encontraba con batidos hipercalóricos que ayudaban a sostener la nutrición en esta fase del desarrollo. Antonio jugaba de portero en el equipo de fútbol de su barrio, pero al cumplir 14 años comenzó a sufrir acoso por parte de sus compañeros que se metían con él por el físico. El paciente probó muchas dietas ricas en proteínas y batidos de avena para controlar su peso, comenzó un período de vigorexia en el cual asistía todos los días a clases virtuales de gimnasia. Después de un año, sus padres advirtieron el patrón compulsivo de comportamiento y decidieron consultar.

Antes de comenzar la sesión, Isabel planteó que ella tenía prohibido realizar teatro porque cuando comenzó a estudiar arte dramático en la academia de modelos, enfermó. Dijo: *“Los médicos me prohibieron acercarme al escenario, no entiendo como me derivaron a este espacio”*. *“Es cierto Isabel, no comprendo que haces tú aquí. Quédate sentada hasta que termine la clase; ahora no puedo regresarte a la sala”*, reparó el responsable de actividades lúdicas del hospital. En aquel momento,

advertí que se producía un paréntesis en la continuidad del dispositivo de teatro. Paréntesis que alojaba el nacimiento de la *transclínica* y la invención del dispositivo de la *tramoya*. Comprendí que el teatro, en su dinamismo, puede provocar un estallido de emociones y de exposición que puede vulnerar a la persona que lo ejercita. No obstante, era necesario señalar que el teatro no podía ser el elemento donde se depositara toda la problemática subjetiva de la paciente. Por primera vez en el trabajo de campo, contrarié las indicaciones médicas, dejé de ver a la paciente como paciente para comenzar a tratarla como una participante. “*Participarás, desde otros lugares, en este espacio de teatro*”. La propuesta fue osada, el responsable de actividades lúdicas proyectó una mirada punzante. Tuve que respirar profundo y proponer. “*No es casual que Isabel esté en este espacio, ella puede ayudarnos mucho con todo su conocimiento*”. En ese instante, se inauguraba la *transclínica*. Clínica que convierte al paciente en participante, al entenderlo como un sujeto corporal, psíquico, sociocultural y político.

Caldeamiento

En esta sesión, advertí que era necesario trabajar con la presencia en el escenario, la comunicación y la persuasión al público. Los adolescentes, en la actualidad, están acostumbrados a exponer su cuerpo en redes sociales y subir fragmentos de sus vidas en *hashtags*. Sin embargo, alzar la voz frente a otredades presenciales se convierte en un acto titánico. Para ello, propuse la siguiente consigna: “*voy a colocar esta caja llena de objetos, el primer objeto que os llame la atención será el objeto con el que vais a trabajar.*” Beatriz e Isabel cogieron el mismo objeto: unas tablitas mágicas de colores de un juego mexicano. Comenzaron a discutir quien lo había visto primero. “*Ambas podéis trabajar con el mismo objeto*”, maticé. Paula cogió un yo-yo, Carlota una iguana, Elena una figurilla de madera en forma de extraterrestre verde y Antonio un tambor. Continué con la consigna, “*Ahora explorad el objeto, que os dice ese objeto. Imaginad una utilidad diferente a la que tiene. Puede ser un objeto mágico, un objeto del futuro, una reliquia milenaria, un talismán, un producto novedoso para el uso doméstico*”. Los seis participantes comenzaron explorar el objeto. “*Todas esas cosas, que os evocó el objeto, nos las vais a contar. Subid al escenario para vendernos ese objeto*”. Le pedí a Eva que comenzara con la demostración. Eva subió al escenario, colocó una mesa en el centro y comenzó una

venta tan singular que los participantes se rieron. *“Señoles y señolas, les quielo vendel un teléfono pala la comunicación con seles de otlos planetas. Es la nueva telnología del futulo”*. Justo en ese momento que realizaba la representación, su móvil sonó. Lejos de abandonar la escena, Eva incluyó la contingencia en su actuación. La llamaban de una empresa de telefonía y, sin dudarlo, dijo: *“Hola, ¿si? Qué casualidad, estaba espelando su llamada. Justo estoy vendiendo nuestlos servicios de telefonía. Si, si... Soy de la emplea. Las pelsonas de aquí están muy intelesadas en adquirir nuestlos servicios. Les he dicho que pueden comunicalse con la Luna.”* Los participantes estallaron en una carcajada. No podían creer que haya utilizado un elemento de la vida real para su escena. Le preguntaban quién era la persona que había llamado y qué le decía mientras ella hablaba. Eva les contó que la persona que la había llamado era un vendedor de telefonía móvil y al escucharla comenzó a reír.

Se les explicó que en eso consistía la improvisación, en poder continuar con el argumento aún cuando sucedieran incidentes durante la representación. Si se caía parte de la escenografía o del vestuario, si una luz los cegaba, si un ruido irrumpía en la representación; los actores pueden incluir estás situaciones a la escena. Devolver la contingencia a lo simbólico. Cualquier instancia que rompa el clima de la representación debe ser, en lo posible, religada al universo simbólico de la obra. En esto también consiste el entrenamiento actoral, no en el exceso de control de todas las situaciones, sino en la capacidad de crear a partir de ellas. *“Nunca lo había pensado, yo siempre quise controlarlo todo y eso me agobiaba”*, dijo Isabel. Se le explicó que durante la representación de una obra puede haber accidentes que muchas veces se escapan del control de los actores y de los directores de escena. *“El verdadero arte es poder crear a partir de esas contingencias. Os voy a contar una historia, unos estudiantes querían rodar un documental sobre una autora maravillosa llamada Aurora Venturini, ella era una mujer mayor que tenía un carácter muy difícil. Había aceptado que la grabaran y que hicieran un documental sobre ella. Sin embargo, en medio del rodaje y, sin motivo aparente, se enfadó y no quiso continuar con la labor. En un principio los estudiantes se frustraron al tener que abandonar su proyecto, pero después descubrieron que esta contingencia mostraba aún más el carácter de Aurora e incluyeron en el documental estas escenas del cambio de opinión. Eso es tener la capacidad de incluir las vicisitudes dentro de la creación de un guion. En el teatro como en la vida, hay veces que debemos tolerar que no podemos controlar todo.”* Se percibió que Isabel permaneció en silencio con una actitud reflexiva.

“Ahora os toca a vosotros, ¿quién comienza? Tendréis que “vender” vuestro objeto al público. Cuando el público esté convencido con las utilidades del objeto os dirá que “os compra” el objeto. Si el público, aún, no está convencido con vuestro objeto tendríais que seguir actuando y convenciéndolo para que os compre el objeto”, les dije.

Paula fue la primera en subir al escenario, apartó la mesa que había dejado Eva y colocó las sillas en filas enfrentadas. Intentó explicarnos dónde se realizaría la escena; pero se le sugirió comenzar y que fuese la propia actuación la que nos ubicara en tiempo y espacio. Aceptó la indicación y comenzó la representación: *“señoras y señores, tengo un maravilloso objeto para sus hijos. Vosotros os lo dais y ellos dejan de hacer lío por la casa, pues practicarán horas para el campeonato de yo-yo. Pueden hacer formas como la hamaca o el perrito que vuelve. No os lo perdáis. Por solo €3”*. Su compañera Beatriz levantó la mano para comprarlo. Paula dijo: *“Aquí la señora quiere uno, ¿quién más?”*. La aplaudieron y bajó del escenario.

La segunda en subir fue Carlota, la participante comenzó la escena con mucha soltura. Iba caminando por el escenario y miraba al público como expectante. En un momento se detuvo y dijo: *“¿Estamos solos?”*, mirando con espontaneidad a sus compañeros quienes se encontraban en el patio de butacas. *“Sí”*, repuso el responsable de actividades lúdicas pensando que la paciente se refería a la presencia de médicos u otro personal sanitario. Pero no era una pregunta desde la vergüenza sino desde la representación. De repente, dijo: *“Os vengo a vender el miedo, esta iguana puede llegar a asustar a los compañeros de clase que se comporten mal con vosotros. Es ideal para colocarla en la mochila de un compañero. También sirve para sacarte el estrés si la aprietas fuerte”* Después de decir esto la paciente obtuvo tres compradores desde el patio de butacas.

El tercer en subir fue Antonio, se lo percibía con cierta vergüenza y recelo a la hora de comenzar a interpretar la situación de venta. Sin embargo, pudo realizar el ejercicio: *“no te puedes perder esta oportunidad, tú puedes tenerlo en casa. Es colorido, divertido, relajante. Ideal para esos días de lluvia.”* Pero nadie quería comprarlo, entonces dijo: *“Vale un euro”*. En un intento de salvar al participante de la exposición, el responsable de actividades lúdicas decidió comprarlo. Quizás, hubiera sido una buena intervención proponerle que no dijera el precio hasta que pudiera armar una historia con su objeto. No obstante, se comprendió la necesidad de pasar

rápido por el escenario y evitar la *sobrexposición* del paciente.

Isabel comenzó la escena como si estuviera en un programa de televisión. *“Señora mire que lindo objeto que tengo aquí. Viene directamente de China para Ud. Se estira, se dobla, puede tomar distintas formas. Ahora estamos de rebajas por lo que estas lindas tablitas pueden ser suyas por 0,5 céntimos”* Beatriz gritó: *“competencia ilegal”* e Isabel respondió: *“este es de China”*. La escena atravesó la cuarta pared e incitó a que Beatriz se manifestara. La escena terminó con Beatriz comprando la tablita a su compañera.

Beatriz, quien había elegido el mismo objeto que Isabel, subió al escenario y desde la escalera murmuraba *“Ahora no tengo una tablita sino dos... Las venderé a un precio mayor y juntaré más dinero. Nadie tiene porqué enterarse del precio chino”*. Salió detrás del telón como si fuera un presentador de feria y comenzó con su sketch. *“Buenos días a las damas y a los caballeros. Tengo el placer de estar hoy con vosotros para ofrecerles un producto único. Nunca antes vuestros ojos vieron el poder mágico que tienen estas tablitas mexicanas. Cada color representa un estado de ánimo: el rojo es el amor, el verde la esperanza, el azul la serenidad, el amarillo la alegría y el naranja la riqueza. Estas tablitas mágicas pueden ofreceros todos estos estados anímicos según el color que os toque cuando las tiréis”*. La propuesta fue tan seductora que tres compañeras dijeron que ellas la comprarían sin que la actriz hubiera dicho el precio. Isabel pudo tolerar sin mayor dificultad que Beatriz comenzara la escena haciendo mención a la “buena compra” que había realizado en su representación. Se percibía que Beatriz tenía entre las pacientes cierto rol de liderazgo.

Elena fue la última en ofrecer su producto, dijo: *“¡este extraterrestre puede ser tuyo ya! Llama al 902098492 y di: extraterrestre verde y te enviaremos una caja con 10 ganchitos”* Antonio levantó la mano. Se le propuso realizar la llamada telefónica en directo y aceptó. *“ring, ring, ring”* suena desde el público. *“Diga”* se escucha desde el escenario, *“extraterrestre verde”* dijo Antonio. *“¡Enhorabuena! Acabas de ganar una caja con diez extraterrestres verdes. Solo tienes que depositar 10 euros en la siguiente cuenta”*. *“¡Nooooooooo! Era una trampa”* gritó Antonio desde el público y las compañeras rieron.

Los pacientes estuvieron un largo rato riéndose de la última escena. Asociaron la broma de la compañera a los mecanismos utilizados en los programas de televisión, dijo Isabel: *“uno siempre termina comprando algo que no le sirve porque está de rebaja”*. Antonio expresó: *“a mí el que más me gustó fue el de Elena porque fue*

original y es igual a ella, ella siempre anda por los rincones planeando alguna broma”.

En la actividad, se buscó desarrollar recursos para captar la atención del público y ampliar la imaginación en relación a un objeto. El objeto entendido psicoanalíticamente como depositario de contenidos proyectivos y de identificación. Los resultados fueron en todos los casos contundentes, todos los pacientes lograron cumplir el objetivo que era vender el objeto. En algunos hubo conductas de contenido más persuasivo; mientras que en otros se observó cierta desvalorización del objeto para que fuera aceptado.

Caldeamiento específico

Coloqué siete sillas en fila sobre el escenario. Les solicité a los participantes que subieran y se ubicaran en una de ellas. Eva, también, participó de este ejercicio. Cuando todos se encontraban sentados en una silla, les pedí que cada uno aportara una palabra para construir entre todos una oración. *“Por ejemplo, Eva dice “el”; Beatriz sigue “el bosque”. Seguiréis hasta que los siete hayáis participado y creado una oración con sentido”.* Comenzó Elena y siguieron los seis restantes hasta construir la oración: *“La casa se había llenado de termitas”.*

“Muy bien”, los exhorté. “Recordad la oración que acabáis de construir porque, ahora, cada uno la va a repetir desde su silla. La silla donde estáis sentados no es cualquier silla; sino que esa silla representa una emoción. La silla donde está Elena es la silla de la ternura; la silla donde está Isabel es la silla de la ira; la silla donde está Carlota es la silla del miedo; la silla donde está Antonio es la silla de la alegría; la silla donde está Beatriz es la silla de la sorpresa y la silla donde está Eva es la silla de la tristeza. Todos vais a pasar por todas las sillas y vais a pronunciar la oración que construisteis: “La casa se había llenado de termitas”, vais a dotar de entonación el enunciado según la emoción de la silla. Iréis cambiando de silla en el sentido de las agujas del reloj”. Los participantes exploraron todas las sillas, se percibió que entre ellos iban descubriendo distintos matices en la entonación según la emoción. *“Nunca me había dado cuenta que una frase podía significar distintas cosas según la emoción con que se la diga. Me impactó el asco. No le prestaba tanta atención y es verdad que muchas veces siento asco”,* dijo Paula. *“Yo descubrí que el miedo no es lo mismo que la sorpresa, pareciera que tiene la misma forma física pero*

no”, dijo Carlota. Me alegró escuchar este análisis de Carlota, ya que el ejercicio de las emociones había sido inventado en ese momento cuando la participante expresó que vendería el miedo. La descomposición del objeto realizada por la paciente, señalaba lo vincular y lo performativo. Carlota quería vender miedo, no una iguana. Ese espacio inaugurado por la participante condujo a realizar esta propuesta de ejercicio. Se les explicó que el reconocimiento de las emociones era uno de los principales puntos a trabajar dentro del entrenamiento actoral. Los actores, para poder dotar de vida a los personajes, deben conocer su propio registro emocional. Les conté que, en las últimas décadas, la neurociencia planteó paradigmas somáticos para el abordaje de las emociones.²⁵⁵ *“Las emociones básicas son adaptativas en los seres humanos y en el resto de animales. Por ejemplo, cuando los animales tienen miedo activan su cuerpo para poder huir. En nuestra experiencia, cuando imaginamos a alguien con miedo solemos imaginar una persona huyendo del peligro, pero esto no siempre es así. Muchas veces, según la persona, varían las reacciones aprendidas para dar una respuesta. Hay personas que frente a una situación de miedo permanecen inmóviles, otras comienzan a hablar con verborragia u otras pierden el control de esfínteres. El ser humano responde de diferentes maneras según su recorrido vital”.* Agregué, *“comprender esto nos permitirá complejizar los personajes. Si nuestro personaje es una persona muy tímida que tiene que cambiar de trabajo y enfrentar un nuevo grupo de compañeros, quizás su reacción no sea huir sino tartamudear. Conocer las emociones nos permitirá jugar con ellas a la hora de actuar. No todos reaccionamos igual ante las emociones, cuando construimos un personaje debemos adentrarnos en los aspectos relevantes de su personalidad y desde ella crear el escenario emocional.”* Era consciente de la complejidad teórica que acabada de explicar; pero, también, confiaba en la capacidad de los participantes. Como se dijo, anteriormente, esta sesión fue un punto de inflexión en el nacimiento de la *transclínica*. Los pacientes debían adquirir herramientas conceptuales para poder sujetar su experiencia *transclínica*; en especial Isabel, quien venía de una práctica teatral de marcada exposición.

²⁵⁵ Antonio Damasio, *El error de Descartes. La razón de las emociones*, trad. Pierre Jacomet, (Santiago de Chile: Andrés Bello, 1996).

Construcción del guion

Luego de los caldeamientos, advertí que no se contaba con mucho tiempo para la construcción de un guion. Sin embargo, deseaba escuchar a los participantes desde sus propias voces. Se les dio la siguiente consigna: *“Vais a tener unos minutos para elegir una emoción que os llame la atención y construir, de manera escueta, un personaje. Una vez que hayáis pensado en un personaje, vais a mostrar una escena que transmita la emoción que elegisteis”*. Se dio un tiempo de 5 minutos para pensar la propuesta.

Representación propiamente dicha

Antonio se ofreció primero y comenzó a representar a un personaje que llevaba a un bebé en brazos, hacía las veces de acariciarlo y besarlo. Sus compañeras reconocieron, rápidamente, que había elegido la ternura. Se agradeció su iniciativa de comenzar primero y se le preguntó si quería representar la escena con alguna de sus compañeras. Antonio se negó a realizar esta primera propuesta de alteridad, por lo que se le planteó utilizar un muñeco como veces de niño. Aceptó el desafío pero se evidenció cierta dificultad para realizar la acción con un objeto real. Consideré que ese pequeño movimiento era muy significativo en Antonio. Se elogió el buen resultado de su representación y el paciente se reacomodó junto a sus compañeras satisfecho.

La segunda en subir fue Carlota. Colocó la mesa redonda que había junto al escenario y una silla. La escena comenzó con ella sentada en esa pequeña silla junto a la mesa. Sin pronunciar palabras, pudo transmitir que el personaje no quería comer. Sostenía la cabeza con una de sus manos; mientras que con la otra revolvía un plato imaginario. De repente, exclamó: *“¡No quiero!”*. Acto seguido tiró la mesa, la silla y, con ellas, el plato imaginario. *“Representó la ira”*, dijeron sus compañeros. *“Sin dudas”*, respondí. En la escena planteada por la paciente, había una correspondencia a las escenas diarias que los pacientes ingresados en psiquiatría por trastornos de la conducta alimentaria les toca vivir. El psiquiatra Gonzalo Morandé describe el acto performativo de comer dentro del ingreso en el hospital:

La realimentación es una técnica de enfermería que exige un entrenamiento adecuado. Dar de comer a una anoréxica es una labor pesada, pero casi siempre exitosa si se sabe lo que se está haciendo, o si se está con disposición a aprender. La paciente anoréxica no sólo no quiere

comer, sino que todos sus comportamientos normales son afectados para hacerlo. En la unidad en la que hemos trabajado, las pacientes comen desde el primer día en el comedor con otras enfermas que tienen la misma patología, en una sola mesa, bajo la supervisión del personal de enfermería. La supervisora les explica las reglas de forma individual y deja claro algunas premisas fundamentales:

1. La *alimentación es la base del tratamiento* y el alimento la principal medicina.
2. La alimentación es obligatoria y aquello que no puedan comer será administrado por sonda nasogástrica en forma de batidos.
3. El tiempo de comidas es limitado, 45 minutos para comida y cena y media hora para el desayuno y la merienda.
4. Las pacientes deben comerse toda la comida, sea cuales sean sus características.
5. Las pacientes no pueden levantarse durante las comidas ni esconder ninguna de ellas.
6. No hay opciones y el menú es uno solo.
7. Las pacientes serán enseñadas a comer de nuevo.
8. Las pacientes siempre estarán acompañadas.
9. Después de las comidas hay un reposo de una hora, también acompañadas, en el que no pueden acudir al cuarto de baño.²⁵⁶

En esa línea continuista con el hospital, el responsable de actividades lúdicas indicó que esos temas no se podían tratar durante el ingreso, dijo: *“hay que seguir las normas y éstas prohíben hablar sobre el tema comida”*. Con enfado, Beatriz lo increpó: *“¿Cómo vamos a lograr que “el comer” sea algo natural, si nos prohíben hablar de ello?”*. El responsable de actividades lúdicas se quedó sin respuestas. Lo tranquilicé y les expliqué a todos que el juego permitía que algunas situaciones angustiantes pudiesen ser abordadas sin exponer a los participantes. *“En este espacio estamos jugando. Probando formas más amables para enfrentar algunas situaciones que nos generan conflicto”*. En ese momento, sin saberlo, introduje lo que comprendería un tiempo después al leer a Giorgio Agamben:

Un automóvil, un arma de fuego, un contrato jurídico se transforman de golpe en juguetes. Lo que tienen en común estos casos con los casos de profanación de lo sagrado es el pasaje de una religión, que es sentida ya como falsa y opresiva, a la negligencia como *verdadera religio*. y esto no

²⁵⁶ Morandé, *La Anorexia*, 217.

significa descuido (no hay atención que se compare con la del niño mientras juega), sino una nueva dimensión del uso, que niños y filósofos entregan a la humanidad. Se trata de un tipo de uso como el que debía tener en mente Walter Benjamin, cuando escribió, en *El nuevo abogado*, que el derecho nunca aplicado, sino solamente estudiado es la puerta de la justicia. Así como la *religio* no ya observada, sino jugada abre la puerta del uso, las potencias de la economía, del derecho y de la política desactivadas en el juego se convierten en la puerta de una nueva felicidad.²⁵⁷

Le propuse a Carlota volver a hacer la escena; pero que, esta vez, su personaje estuviera en un restaurante donde estuviese una celebridad. Notaba la dificultad de crear un personaje, no había distancia simbólica entre la paciente y la representación. La participante se desconcertó y dijo: “*no puedo hacerlo*”. Le pregunté como sería el enojo en esa situación y respondió: “*no habría enojo, pero igual no podría comer si está Abraham Mateo viéndome*”. Indudablemente la escena planteaba una situación de conflicto para la paciente, sus mecanismos defensivos eran escasos y no podía tomar como soporte externo a ningún objeto idealizado. Sin embargo, creía profundamente que el teatro podía ofrecer una forma alternativa a las conocidas por la paciente. Era necesario ganar una distancia que le permitiera expresar su enfado bajo el sostén de lo simbólico. Comprendía que la participante necesitaba encontrar una nueva vía. Richard Schechner, cuando habla de *performance*, promueve una mirada antropológica del acto performativo. Para Schechner el *performance* permite resignificar una situación:

La conducta restaurada está allí afuera, lejos de mí; está separada y, por lo tanto, se puede trabajar en ella o modificar aun cuando ya ha sucedido. (...) De cualquier manera, la conducta restaurada es simbólica y reflexiva: no es una conducta vacía, está llena de significados que se transmiten polisémicamente. Estos términos difíciles expresan un solo principio: el yo puede actuar en otro o como otro; el yo social o transindividual es un rol o conjunto de roles. La conducta simbólica y reflexiva es la consolidación en el teatro de una serie de procesos sociales, religiosos, estéticos, médicos y educativos. *Performance* significa “nunca por primera vez”: significa “por

²⁵⁷ Agamben, *Profanaciones*, 101

segunda vez y hasta ‘n’ números de veces”. *Performance* es “conducta realizada dos veces”.²⁵⁸

Era necesario encontrar una tercera vía que, por un lado, la distancie de la fantasía de “no tener para comer” y que, por otro lado, la rescate de la mirada vigilante de los enfermeros del hospital. Comprendí que la participante debía proponer una forma propia que posibilite la escena. La ira depositada en el plato de comida impresionaba ser un desplazamiento de otras situaciones que provocaban impotencia en Carlota. Fracase, en mi propuesta de incluir un elemento idealizado que aparte la escena de lo real. En ese momento, advertí que Carlota debía encontrar por sí misma un catalizador que le permitiera cambiar el esquema performativo reproducido hasta ese momento. Para ello, formulé una consigna más directa “*Vas a proponer algo distinto. Ahora el personaje que representas será diferente a ti.*”. Carlota permaneció en silencio unos segundos. Luego, pidió al responsable de actividades lúdicas la credencial que llevaba en el bolsillo de su pijama y comenzó una nueva representación. Esta vez se percibía mayor desparpajo. “*¿Hola? Cesar, puedes venir por favor. Las niñas están solas y tienen que hacer el reposo. Yo estoy cansada y tengo que ir a comer. ¡Jo’ tío siempre igual!. Para una vez que pido ayuda... Vale, está bien... vale...*” Hizo las veces de colgar el teléfono y se puso a comer apurada sobre la mesa. Con gestos de tener la boca llena al hablar, dijo: “*Marta, estoy aquí sola con las chiquillas. Todos los jueves es igual, yo comiendo a las apuradas porque no llega el siguiente turno. Voy a hablar con sindicatos porque a mí estas horas me las tienen que pagar...*” Los compañeros de Carlota estallaron en una carcajada y Elena dijo: “*¡Es Victoria la enfermera! Siempre habla con la boca llena*”. La participante se mostró aliviada con esta nueva escena y en complicidad con sus compañeros. El éxito de la representación fue sustantivo porque continuaba el enfado; pero, esta vez, era un enfado que denotaba el deseo de comer y un trabajo arduo que en ocasiones lo obstaculiza. Esta nueva versión del enfado incluía un pedido a otros.

Elena subió al escenario, se colocó debajo de la mesa redonda que Carlota había dejado a un costado. Para que no la viesan, agarró un extremo del telón y se ocultó junto con la mesa. No decía nada pero la expresión de sus ojos mostraban miedo. Sus compañeros adivinaron rápidamente que se trataba del miedo. Ella refirió que era

²⁵⁸ Richard Schechner, “Reestructuración de la conducta”, en *Estudios Avanzados de Performance, comp.* Diana Taylor y Marcela Fuentes, trad. de Ricardo Rubia, Alcira Bixio, Ma. Antonieta Cancino y Silvia Peláz, (México: Fondo de Cultura Económica, 2011), 32-49.

miedo a los monstruos. *“Es cierto, Elena tú siempre dices que tienes miedo a que haya un monstruo encerrado en el baño de nuestra habitación”*, dijo Carlota, su compañera de habitación durante el ingreso. Elena era la más pequeña del grupo, con tan solo 11 años se encontraba ingresada en psiquiatría, por lo que había sido separada de su grupo familiar. Al igual que Carlota, Elena había elegido una emoción que se correspondía a lo esperable dentro de su propio proceso evolutivo. Este tipo de miedo puede considerarse una reacción característica en los niños pequeños. Recordemos que Elena, en la escena anterior, había vendido la iguana como un objeto que podía asustar. Esto resulta interesante porque el miedo cuando se concretiza en un solo objeto puede ser manipulado y usado incluso a favor de la propia diversión, pero cuando es representado por un gran monstruo no se puede controlar y termina invadiendo todo el psiquismo. Hubiera sido una buena intervención clínica utilizar un objeto que represente el monstruo y hacer un cambio de rol. Explorar el personaje del monstruo, dotarlo de características dramáticas: un monstruo cansado, un monstruo cubano, un monstruo vendedor de seguros o un monstruo que tiene alergia a la oscuridad. Sin embargo, di concluida la escena cuando Carlota le recordó: *“cada noche Susana, la enfermera, abre la puerta del baño para mostrarte que no hay nada. Luego, nos damos la mano y te quedas dormida”*. Decidí no seguir explorando la escena, me parecía que el modo de resolución que traía la amistad era el adecuado. Los amigos en la pubertad son el salvoconducto para crecer, Elena y Carlota encontraban formas para acompañarse en el encierro y vencer el miedo.

La cuarta en subir al escenario fue Paula. La participante representó una escena personal, en la cual su madre se encontraba leyendo el boletín de calificaciones. Paula, quien interpretaba a su madre, hacía las veces de acomodarse las gafas para ver mejor las notas. De repente, cambió la expresión de la cara y arrojó un objeto que se encontraba arriba de la mesa. El lanzamiento fue tan fuerte, que llegó a hacer una marca en la pared del escenario. *“Siempre igual en matemáticas, ¡qué vergüenza! ¡Qué van a decir tus profesores sabiendo que soy ingeniera! ¡Van a decir que no te explico nada en casa!”*, dijo Paula emulando a su madre. La escena había sido tan violenta que todos en la sala permanecemos en silencio. *“Es el enfado”*, dije para regresar a los márgenes del ejercicio y salir de la escena real. *“Si, ¿cómo te diste cuenta?”*, dijo Paula y todos rieron. *“Si, en tu obra había enfado, pero también se produjo otra emoción”*, agregué. *“¿Cuál?”*, preguntó Paula. *“En tu representación*

hubo “ira”, pero en el público sentimos “el miedo”. Vimos la ira y sentimos el miedo”, señalé. La participante se quedó pensando, *“Yo antes tenía miedo, ahora ya no siento nada”*, repuso Paula. En ese momento, comprendí que, cuando el daño es tan grande, una de las vías de preservación del psiquismo es la negación. Apartar los contenidos traumáticos. Decidí no pedirle a la participante que transformara la escena. En este primer encuentro, pensar en formas de resolución del conflicto sería una reacción propia del paradigma de la positividad. Poder tolerar, como público, esa escena de violencia era un ejercicio de reparación. Entendí que, si el ingreso continuaba, habría una segunda vez que recogiera los fragmentos de esta primera vez.²⁵⁹ La situación planteada por Paula era compleja a nivel clínico, la paciente tenía una historia de numerosos ingresos en psiquiatría y conductas de riesgo. El consumo de ketamina y la huida del hogar mostraban una escalada en la complejidad de su cuadro clínico. Hasta ese momento la paciente no había sido derivada a servicios sociales, pero después de esa escena tuve que hablar con enfermería y realizar un reporte de la situación. La semana siguiente a esta sesión me crucé por los pasillos con su psiquiatra y comenté la escena. La psiquiatra refirió no saber nada de su familia, porque siempre los padres se presentaron como personas universitarias refinadas. Me refirió que investigarían el caso.

Isabel representó la escena de una joven enamorada. Subió al escenario con movimientos lentos que indicaban un estado de éxtasis. Caminaba por el escenario abanicando las pestañas y oliendo flores imaginarias. Todos sus compañeros adivinaron que Isabel representaba “el amor”. Isabel dijo, *“estoy representando una escena real, de cuando un compañero de la clase me pidió salir con él”*. La paciente mantuvo estos juegos de seducción en el modo de relacionarse con el resto de sus compañeros. Durante toda la sesión, comentó que asistía a una escuela de modelos donde le enseñaban a caminar, a estar derecha, a actuar con naturalidad, etc. Pensé que en esta paciente el trabajo clínico no consistía en tolerar la mirada del otro; sino, por el contrario, en velar un poco el cuerpo y sacarlo de la continua exposición. Se le

²⁵⁹ La semana siguiente a esta escena, la paciente no participó del espacio porque le quitaron los privilegios al no cumplir con las pautas de tratamiento. En la tercera semana de su ingreso, Paula pudo asistir nuevamente al espacio y representar una escena más amable. Interpretó su deseo de viajar por el mundo.

propuso implementar una técnica narrativa desde abajo del escenario.²⁶⁰ La participante debía elegir a compañeros para que hicieran las veces de ella y del muchacho de su clase. Escogió a Beatriz y a Antonio, respectivamente. Ella, desde su bagaje actoral, ubicó en el espacio escénico a los nuevos protagonistas de su relato de amor y seducción. Desde una de las butacas del teatro, Isabel fue narrando cada movimiento que los protagonistas debían realizar. Fue tejiendo la historia con mucha belleza; pero esta vez Beatriz aportó al personaje su vergüenza y cierta torpeza para seducir. La distancia con la que ahora Isabel podía verse, le reflejaba otras formas de abordar el amor y el teatro. Dijo al terminar la escena, “*qué distinto es verse*”.

La última en interpretar la escena fue Beatriz. La participante pidió que apagásemos las luces y que cerráramos el telón. Se ubicó en el medio del escenario y le solicitó al responsable de actividades lúdicas que le abriera el telón. De repente, cuando se abre ella da un brinco de sorpresa al ver a todo el público. “*¡Pensé que os ibais a olvidar de mi cumpleaños! ¡Qué regalo tan lindo!*”, dijo. Eva inmediatamente comenzó a cantar el *cumpleaños feliz* y todos sus compañeros se unieron a la propuesta. La participante refirió que, al ver casi todas las emociones representadas, se decantó por realizar la sorpresa. La propuesta fue espectacular, utilizar la cuarta pared para representar la escena fue de un manejo característico del *stand up*.

Al finalizar la sesión, se los percibía impactados por el trabajo realizado en la sesión. De camino a la sala de ingreso, los pacientes preguntaron de qué modo trabajaban los actores las emociones, Carlota dijo: “*¿Cecilia cómo hacen los actores para llorar de la nada, se hacen daño en las manos para poder llorar?*”. Se les explicó que existen técnicas para representar las emociones y que un buen actor estudia muchos años para poder conseguirlo. Sin embargo, en esa respuesta propiciaba a la participante una verdad a medias. El actor pone el cuerpo en escena y, en ocasiones, lo expone. Cuando escribe sobre *performance* el activista chicano Guillermo Gómez Peña, dice:

Aunque respetamos profundamente nuestros cuerpos, no nos importa ponerlos en constante riesgo. Es precisamente en las tensiones de riesgo

²⁶⁰ Esta técnica es una adaptación de una propuesta realizada por el dramaturgo José Sanchis Sinisterra. Su proyecto consiste en escribir relatos de personas migrantes y representar estas historias en el teatro de La Casa Encendida.

Los inmigrantes cuentan su historia a un dramaturgo y éste debe transcribir en clave dramática el relato. Una vez que la obra se haya confeccionado, los dramaturgos junto a un equipo de actores representan el viaje de aquella persona hasta el país de acogida. La persona puede ver su propio viaje desde la butaca, verse con distancia y acompañado por un público que, al igual que él, se conmueve.

donde encontramos nuestras posibilidades corpóreas y *raison d'être*. Aunque nuestros cuerpos son imperfectos, frágiles y de apariencia extraña, no nos importa compartirlos completamente desnudos con el público, ni ofrecerlos sacrificialmente a la cámara de video.²⁶¹

Por ello, considero que es trabajo de la dirección devolver al universo simbólico y colectivo la experiencia subjetiva, con el fin de “acolchonar” la amoladura de lo real.

Conclusiones parciales de la tercera escena

Hasta esta escena, la posición de la investigadora dentro del hospital había sido consecuente con las prescripciones de los psiquiatras por temor a que los médicos desestimaran el proyecto de teatro. Sin embargo, algo despuntaba en esa indicación cimentada por los psiquiatras de que la paciente abandonara el oficio de actriz. Pensar que el teatro podía hacer “mal” a alguien inauguraba la posibilidad no solo del daño, sino de los usos de la disciplina teatral. Inmediatamente, se advirtió de que el teatro no era responsable de la enfermedad de la paciente; no porque el teatro sea “bueno” para todos los individuos, sino que el teatro puede tener usos que exponen al sujeto y usos que lo religan a lo colectivo. La prescripción de los médicos daba de lleno con la afirmación de que el teatro no posee propiedades intrínsecas que lo conviertan en un inapelable catalizador del malestar. Ese instante en la praxis, inauguró un enjambre de preguntas en lo teórico. La participante traía una posibilidad que no se había contemplado hasta ese momento, el teatro podía “enfermar”. Este enunciado rompía todo esencialismo de que el teatro llevara intrínseca una capacidad terapéutica. Por el contrario, su ejercicio podía conllevar una exposición del sujeto. Desde esta nueva cosmovisión, el teatro es una tecnología que puede ser utilizada para incidir en determinados espacios, pero no como un absoluto que ofrezca resultados siempre favorables. Ese descubrimiento empírico en el hospital muestra que el teatro carece, como cualquier disciplina, de esencialismos. La física como disciplina no goza de las categorías de bondad o maldad, es su implementación la que se rige según los códigos éticos. Albert Einstein arribó al $E=MC^2$ y con este descubrimiento se construyó la

²⁶¹ Guillermo Gómez Peña, “En defensa del arte del performance”, *Estudios Avanzados de Performance*, comp. Diana Taylor y Marcela Fuentes, trad. de Ricardo Rubia, Alcira Bixio, Ma. Antonieta Cancino y Silvia Peláz, (México: Fondo de Cultura Económica, 2011), 490-520.

bomba atómica que destruyó Hiroshima; pero, también, se llegó a conocer el Espacio. Este paralelismo con la física permite comprender que el teatro no encierra bondades o beneficios intrínsecos para quienes lo practican; es la configuración de un dispositivo la que puede arribar a efectos terapéuticos en los pacientes.

En ese mismo año, se articuló por iniciativa de Eva Maestre Casas y de la Real Escuela de Arte Dramático un espacio de teatro para pacientes en hospital de día y pacientes externalizados. Los resultados fueron sustantivamente diferentes a los obtenidos en el espacio de teatro del ingreso a psiquiatría. Ya no imperaba la necesidad de traspasar simbólicamente los muros hospitalarios; sino que, por el contrario, se tornaba imprescindible un trabajo para el abordaje de la exigencia de los participantes. El dispositivo de ingreso que funcionaba como una comunidad terapéutica con normas rígidas y coercitivas ya no operaba con esa fuerza en los pacientes, quienes mostraban mayor “desorganización”. Es en esta línea que se constata la función del primer elemento del dispositivo de la *tramoya*, el *microespacio temporal*. El dispositivo teatral, tal y como se lo concibe en esta investigación, no tiene un carácter universalista; sino que, por el contrario, es una construcción derridiana forjada a través de los años según las necesidades del ingreso a psiquiatría de pacientes pediátricos.

Cuarta escena: “Media de clona”

Esta escena, que llamo *Media de clona*, sucedió a finales de octubre de 2015. Su estructura evidencia los descubrimientos *transclínicos* sucedidos en la escena anterior. Una de las observaciones que se reflejó en mi diario de campo, es que en un principio llevaba las sesiones preparadas para realizar la actividad acorde a su esquema previo. Sin embargo, poco a poco, detecté que conseguía mayor espontaneidad cuando los juegos y las propuestas se planteaban acorde al clima del momento. Comencé a realizar técnicas capaces de ofrecer una “estructura vaciada” para que los participantes puedan alojar en ella sus contenidos. De esta manera, la dirección, que en un principio estaba poblada de propuestas y de material, fue adquiriendo un vaciamiento de textos para dar paso a los contenidos personales de los participantes. Es por ello que en octubre de 2015, se puede fijar el nacimiento del dispositivo de la *tramoya*. Dispositivo derridiano que propone la deconstrucción de una estructura; pero, a la vez, la conservación de la misma para que los participantes puedan depositar sus contenidos personales.

Para la narración de esta escena, continúo con la descripción de los participantes y el relevamiento de su historia clínica. Esta es la última vez que realizo la descripción de los cuadros clínicos. Persisto con esta modalidad, ya que no podría comprenderse la escena sin estos datos que, previamente, yo conocía de los pacientes. Hasta octubre de 2015, mi preocupación fue no cometer actos iatrogénicos con la población. Desde octubre de 2015, mi interés es ofrecer otros espacios que no estén teñidos por el estigma de la enfermedad. De esta manera, esta escena muestra el ecuador del trabajo de campo y la transformación del dispositivo de intervención. En esta escena participaron siete pacientes, un responsable de actividades lúdicas del hospital y Eva Maestre Casas. De los siete pacientes, cuatro participantes eran nuevos en el espacio. Antonio, Isabel y Beatriz, ya habían asistido previamente.²⁶²

- Horacio de 13 años, había ingresado por un cuadro de hipobulia y pérdida del apetito. Llevaba desde los 4 años con problemas para comer, referían los padres que el paciente tuvo dificultad en el pasaje de líquido a sólido durante la primera infancia. Horacio no tenía amigos ni en el colegio, ni en la urbanización en la que vivía, ni en las actividades extraescolares. Esta

²⁶² Todos los nombres utilizados son ficticios para resguardar la identidad de las participantes.

situación no le era indiferente, podía observarse en el paciente elevadas cuotas de frustración. Desde que el paciente fue escolarizado se evidenciaron conflictos en el orden vincular. En ese momento, se encontraba en tratamiento por anorexia nerviosa restrictiva pero sin un tratamiento para el área relacional.

- Mateo de 15 años, había ingresado la semana anterior por un cuadro de anorexia nerviosa restrictiva. El paciente en el último año tuvo una pérdida significativa de peso, llegó a perder hasta 10 kilos en plena edad de crecimiento. El cuadro coincide con un cambio de país. El paciente había vivido en Francia, Bélgica, Guayana Francesa y Marruecos. Sus padres trabajaban para una empresa internacional y periódicamente debían mudarse de país. El paciente, si bien hablaba correctamente castellano por ser hijo de padres españoles, había recibido escolaridad en francés. El cambio de idioma también podía considerarse un estresor. Mateo era el mayor de tres hermanos.
- Coral de 17 años, había sido ingresada por un cuadro de bulimia purgativa. La paciente había consumido laxantes en cantidades elevadas que le provocaron un desequilibrio en el medio interno. Asimismo, presentaba sintomatología de la serie depresiva: hipersomnia, ideas de ruina, culpa y muerte, cortes superficiales en el antebrazo izquierdo. Sin ingresos previos, pero en seguimiento por dermatología y psiquiatría por daños cutáneos auto-provocados mediante quemaduras con hielo. La paciente presentaba un IMC de 30, equivalente a sobrepeso. Referían sus padres que toda la familia tenía problemas para bajar de peso. A la paciente se le realizó una interconsulta con endocrinología, pero no se encontraron signos de desequilibrio hormonal.
- Inés de 16 años, había sido ingresada hacía dos semanas por un cuadro de anorexia nerviosa. Asimismo, la paciente presentaba signos de ansiedad: hiperventilación, sensación de pérdida del control, miedo inminente a morir y temblores. La paciente, que siempre había tenido buenas notas, había repetido curso tras un año de tratamiento por la anorexia. No pudo realizar un cambio de instituto, por lo que en los recreos veía a todos sus excompañeros de clase. La paciente refería no querer regresar a clases para evitar la vergüenza de haber repetido curso. Inés era la mayor de tres hermanas mujeres, sus padres se habían separado y su padre había rehecho su vida con otra mujer. Inés y su padre prácticamente no se veían. El padre, si bien había dado el

consentimiento para el ingreso, nunca participó del tratamiento. Inés llevaba seis meses sin verlo.

- Antonio, quien ya había participado en el espacio. Llevaba tres semanas en el ingreso. Se lo percibía más adaptado al espacio y a sus compañeros. Le explicaba al resto de los participantes que era lo que hacíamos en el teatro.
- Isabel, llevaba un mes en tratamiento y se percibía que, poco a poco, se permitía integrar una imagen más amable de sí misma, alejada de las exigencias de la moda. Esta vez asiste al espacio sin miedos y con mayor espontaneidad.
- Beatriz había ingresado hacía tres semanas y esta era la segunda vez en el espacio. Se la veía estable y más tolerante con sus compañeros.

Caldeamiento

Se propuso un ejercicio para una primera toma de contacto. Los participantes venían de la hora de reposo, luego de la comida, se los percibía adormecidos y con el cuerpo entumecido. Era necesario proporcionar un ejercicio que activara la movilidad del cuerpo, en términos de Moreno “que espoleara” al cuerpo para comenzar el trabajo dramático. Pedí a Eva que también participara de la actividad. Los participantes debían distribuirse por todo el teatro: tres participantes a un lado, tres participantes al otro lado y dos participantes en el centro. Se les daría un globo que deberían lanzar de extremo a extremo, con el fin de evitar que lo tocasen quienes se encontraban en el centro. Si un participante del centro conseguía tocar el globo, se ubicaría en las filas de los costados y quien lo hubiera lanzado debería incorporarse en el centro. En cada lanzamiento, Horacio golpeaba con mucha fuerza e, inmediatamente, pedía perdón. Intervine y le expliqué que era solo un juego y que la única regla que había que seguir era la de evitar que los participantes del centro lo tocasen y que no debía pedir perdón por jugar. “*Bueno*”, dijo Horacio y continuó pidiendo perdón en cada saque. Pero, esta vez, cuando lo hacía pedía perdón por pedir perdón. Acabó riéndose de sí mismo.

Noté que el clima del grupo comenzaba a presentar mayor energía y propuse un segundo ejercicio que permitiría la propiocepción del cuerpo y la atención a los movimientos de los compañeros.²⁶³ Los participantes tenían que formar un círculo e irían creando un objeto imaginario con arcilla. Habría una única arcilla imaginaria que

²⁶³ Este ejercicio fue ideado por Eduardo Pérez-Rasilla.

debían pasarse entre los participantes. Todos debían prestar atención a los movimientos realizados por el creador del objeto, porque si este les pasaba su objeto debían deshacer en el aire los movimientos empleados por su compañero para su construcción. Así, podían crear su propio objeto, si habían registrado los movimientos del objeto de su compañero. Fue notable el incremento de la atención de los participantes y el deseo de construir un objeto original cada vez que les tocaba. En este ejercicio los participantes también jugaban a “pillar desprevenidos” a sus compañeros; las risas brotaron.

Caldeamiento específico

Ya en el escenario y más conectados con el espacio, se les propuso cerrar los ojos. Les solicité que se colocaran en una posición cómoda y que percibieran su respiración. Los siete participantes se distribuyeron por el suelo del escenario, Isabel se recostó a un lado y Antonio colocó su cabeza en sus piernas. Advertí que había una historia de amor entre los pacientes y que en el espacio de teatro aprovechaban para estar juntos, ya que no se coartaba la cercanía de los participantes. Mientras tenían los ojos cerrados, les puse la canción de la película de Disney “*Tiana y el sapo*”. En la sesión anterior, Beatriz cantó esta canción cuando íbamos camino a la sala. Noté que Beatriz se alegró de escucharla:

Mamá, no tengo tiempo para bailes
Eso ya lo haré después
(¿Y eso en cuanto tiempo será?)
No me voy a desperdiciar, eso no me va
(¡Yo quiero que me des nietos!)
Esta lenta realidad y lo fácil que se nos da
Más yo sé de hecho a donde voy
Me acerco poco a poco, más y más

Y ya llegaré, ya llegaré
Piensan aquí que estoy loca, y yo lo sé
Y es que mi camino difícil es
Pero nada a mí me detendrá
Porque ya llegaré

Alguien dijo que los cuentos... Pueden ser realidad
Pero aquí de ti depende, si así sucederá
Hay que trabajar duro cada vez

Y lo demás vendrá después
Y dando lo que doy
Abran paso aquí voy

Y ya llegaré, ya llegaré
Todos querrán visitarnos ya
Pero llegaré, ya llegaré

Hay dificultades siempre y en todos es igual
Pero en la montaña llegaré a la cima
Y ya llegaré, ya llegaré.

Ya llegaré²⁶⁴

Construcción del guion

Mientras escuchaban la canción con los ojos cerrados, les di la siguiente consigna: *“Ahora, vais a pensar a dónde os gustaría llegar”*. Una vez que todos tenían la idea, les dije: *“Ahora vais a representar la escena y vuestros compañeros deberán adivinarla”*. Este ejercicio que impresiona sencillo, constituye todo un acto clínico en sí mismo. Colocar el deseo en el horizonte, fuera de los muros hospitalarios y posibilitar el espacio para poder fantasear con él, es una intervención que interpela al sujeto. Sabía los riesgos que esta consigna podía provocar en pacientes con vértigo a crecer. Preguntar, desde el juego, sobre lo que posiblemente pudiera angustiar, pretendía sacudir los sentimientos y comenzar a movilizar los cuerpos a la acción y a la responsabilidad subjetiva.

Inés fue la primera en subirse al escenario, se ubicó en un costado y comenzó una escena donde se encontraba hablando por teléfono con importantes representantes del mundo sobre los derechos de los animales y de los bosques. *“Mira, yo sé que en Francia no os importa nada lo del cambio climático y continuáis con diecinueve centrales nucleares. ¡Qué sí!, ¡qué sí! De nada vale haber suspendido las corridas de toros en vuestros pueblos. ¡Nos vamos a morir todo por culpa de vuestra contaminación y ambición!”*. Colgó el teléfono y dijo: *“Lo que está pasando es terrible y la gente no lo comprende”*. La paciente se mostró impotente; pero, luego, con un gesto de sacudirse el cuerpo cogió nuevamente el teléfono: *“Hola, ¿sí?. Con Merkel por favor...”* La participante concluyó la escena intentando comunicarse con la mandataria alemana. Sus compañeros dijeron profesiones distintas: *“quiere ser*

²⁶⁴ Canción de Randy Newman

activista”, dijo Beatriz; “*¡No! quiere ser presidenta*”, dijo Coral. “*Yo creo que quiere ser escuchada*”, sentenció Horacio. Inés rio y dijo: “*dentro de diez años quiero estar luchando por lo que creo y no estar encerrada aquí*”. Me sorprendió la consciencia sobre el clima y los animales que manifestaba tener Inés; unida a su voluntad escénica de intentar comunicarse con grandes figuras políticas. Cuando todavía no era un fenómeno de masas, la participante parecía estar al tanto de la problemática global. Su performance fue realizado en el año 2015 y fue, recién, en el año 2018 cuando Greta Thunberg se convirtió en un referente mediático para los jóvenes. Inés mostraba compromiso y sensibilidad, durante el ingreso le costaba comer la carne que se ofrecía en los menús del hospital. Con esta representación, por primera vez, la participante expresaba los motivos que la conducían a su negación de comer carne durante el ingreso. Sus causas no estaban ligadas a la anorexia sino a su posición política. Gracias a la paciente, comprendí la violencia que puede llegar a experimentar una adolescente que abraza causas sociales, pero que su palabra es invalidada por la enfermedad.

El segundo en subir al escenario fue Horacio. El participante salió a escena por el lado izquierdo y se ubicó en el centro del escenario junto al telón de fondo. Tímidamente, comenzó a atender a un paciente que se encontraba ingresado en psiquiatría. Le preguntaba como se sentía y él mismo contestaba con un tono más infantil: “*bien, pero ayer no pude dormir*”, a lo que se respondía: “*entonces, vamos a darte media de clona*”. A viva voz, sus compañeros dijeron “*quiere ser psiquiatra*”. Horacio sonrió. Quedé sorprendida por la representación del paciente, su conocimiento de medicamentos psiquiátricos y la identificación establecida con la figura de su psiquiatra. Esta identificación le permitía imaginarse en otros roles diferentes al de enfermo, podía ser el médico que cura. Si bien, el denominador común continuaba siendo la enfermedad; la actitud frente a la misma sufría una transformación de la pasividad a la acción. Cabe destacar, que es común a esa edad identificarse con las personas más cercanas. Entendía que este proceso de identificación debía ser respetado; sin embargo, consideraba que terapéuticamente debía ayudar a romper la dualidad paciente/médico. Como si fuera un juego de un ventrílocuo, Horacio era quien se preguntaba y se respondía en la escena. Comprendí que debía incorporar un elemento externo para que Horacio pudiera abandonar el rol de paciente y alcanzar el rol de psiquiatra. “*¡Momento!*”, corté la escena y le propuse

que eligiera algún compañero que hiciera las veces de paciente, la propuesta le resultaba difícil. Entonces, le propuse utilizar un muñeco que había entre la utilería. En esta nueva escena, Horacio colocó al muñeco sobre una mesa que representaba la cama hospitalaria y, desde la distancia que guardan los médicos psiquiatras, le preguntó al muñeco que hacía las veces de paciente: “¿te encuentras bien?, ¿has podido dormir hoy?”. Esta vez, como un acto espontáneo, Horacio no dobló la respuesta y pudo quedarse solo con su pregunta como médico. Advierto que la incorporación de un objeto provocó un auto-distanciamiento que no reestructuró la escena sino su mundo interno. En esta línea, mi intervención no fue explicarle al participante de forma racional que debía interrumpir el diálogo interno establecido por los dos roles; sino que, por el contrario, el señalamiento fue operacional y no verbal. El diálogo siguió: “Si no puedes dormir bien vas a tomar medio comprimido de clonazepam”. Le pregunté si se había inspirado en alguien para la representación; respondió que en Silvia, una psiquiatra pediátrica del hospital que mantenía un trato muy cálido con los pacientes. Considero que este sutil movimiento generó una reorganización psíquica del rol, abandonar la identidad de paciente para asumir una nueva identidad. Dice Knébel:

En consecuencia, para tener derecho a ‘implantar sus visualizaciones en el interlocutor’, para contagiarle con los cuadros creados en su imaginación, debe el actor realizar un enorme trabajo, debe reunir y poner en orden el material para la comunicación, es decir, penetrar en la esencia de lo que ha de transmitir, conocer los hechos de los que ha de hablar, las circunstancias dadas en las que es preciso pensar, crear en su visión interna sus propias visualizaciones.²⁶⁵

Al acabar la escena, se felicitó a Horacio por su representación y se percibió en el participante cierta alegría. La intervención que realicé desde la dirección no buscaba un fin estético, sino *transclínico*. En una intervención estética podría haber indicado continuar con la confusión médico/paciente y que el participante elaborase, por ejemplo, un monólogo del equívoco. Por el contrario, la intervención realizada, sin explicaciones racionales, partía de una concepción del participante como sujeto psíquico y, también, como sujeto corporal. Sacudir la arquitectura corporal del actor para abandonar la investidura de paciente. Dejar de ser el receptor de la acción médica para pasar a ser actor ejecutante del acto clínico.

²⁶⁵ Knébel, *El último Stanislavsky*, 120.

El tercero en realizar el ejercicio fue Antonio, se percibía al participante con más confianza que en la última sesión. Ahora, Antonio parecía liderar el grupo; su cambio con respecto a la sesión anterior fue significativo. Con soltura salió a escena; apoyó su pierna sobre una de las pequeñas sillas que había. Con cierta postura de persuasión comenzó a explicar matemáticas: *“hoy comenzaremos un nuevo tema, vamos a ver una ecuación de segundo grado. Sacad los libros.”* Mientras hablaba, escribía en una pizarra imaginaria. Concluyó la representación y sus compañeros dijeron: *“¡quiere ser profe de instituto!”*. Antonio con alegría respondió que sí. Cuando estaba por bajar del escenario, le propuse complejizar la escena: *“puedes llevar más allá la escena incorporando a los alumnos a quienes les vas a enseñar”*. *“¿Tengo que hacer subir a los alumnos?”*, preguntó el participante. *“No, vas a utilizar una técnica del teatro contemporáneo que consiste en “romper la pared que separa el escenario del público”. Vas a jugar con que el público es tu clase y los espectadores deben comprender lo que estás explicando”*. *“No entiendo”*, dijo Antonio. Decidí echar manos del diccionario de Patrice Pavis, que llevaba conmigo ese día. Me subí al escenario junto al participante y les leí la definición de la cuarta pared:

Pared imaginaria que separa el escenario de la sala. En el teatro *ilusionista* (o *naturalista*), el *espectador* asiste a una acción que supuestamente acontece al margen de él, detrás de un muro traslúcido. El público es invitado a espiar a los personajes, los cuales a su vez se comportan como si el público no existiese, como si una cuarta pared les protegiese. Molière ya sospechaba en *El impromptu de Versailles* que “esa cuarta pared invisible seguramente disimula la multitud que nos observa” y Diderot reconocía su existencia: “Tanto si componéis como si actuáis, considerad que el espectador no existe. Imaginad que en el borde del escenario hay una sólida pared que os separa de la platea; actuad como si el telón no se levantara” (...) El realismo y el *naturalismo* llevan hasta el extremo esta exigencia de separación entre escenario y sala, mientras que, en cambio, el teatro contemporáneo prefiere romper la ilusión, (*re*) *teatraliza* el escenario u obliga a la participación del público. Parecería conveniente una actitud más dialéctica: reconocer que entre escenario y sala hay, a la vez, separación y límite, que entre ambos se establece un constante fuego cruzado y que de esta *denegación* nace el teatro.”²⁶⁶

²⁶⁶ Pavis, *Diccionario de teatro*, 106.

“Hoy podemos jugar con la interacción del público. Puedes irrumpir en la escena y llevar al público a tu clase de matemáticas”, dije. Antonio comprendió, inmediatamente, la propuesta. Volvió a realizar la representación; pero, esta vez, convirtió el patio de butacas en una clase. “Ya os dije que os callarais. Siempre igual, no podéis dejar de intercambiar fotos”, “Tú, ¿otra vez con la calculadora? ¡Hombre! Así, será imposible que aprendas nada”, dijo Antonio habiendo entrado en confianza. “¡En mi clase no se come chicle!”, le dijo al representante de actividades lúdicas que llevaba un chicle en la boca. El juego comenzaba a generarse, el participante advertía que podía jugar con elementos de la realidad. En esta sesión el participante se mostró con mayores dotes de liderazgo y con capacidad de persuasión frente al público. Felicité a Antonio por haber interpretado bien la consigna y le pregunté si conocía a algún profesor que le gustara, explicó que quería mucho a su profesor de matemáticas del instituto. Aquí, también, puede verse que el paciente sigue vías de identificación transferencial con una figura de autoridad cercana a él.

La cuarta en aparecer en escena fue Isabel. La participante pidió al representante de actividades lúdicas que le prestara unas carpetas que él llevaba consigo. Su escena comenzó con ella sentada en una fila de sillas, con las carpetas apretadas junto al pecho. Con gestos de preguntar si la llamaban a ella, se puso de pie y se dirigió al centro del escenario. Hacía las veces de aclarar la voz y probar un micrófono. Sacudió el cuerpo como “quitando nerviosismo”, tosió fuerte y comenzó a recitar un texto. Era un fragmento de amor de la obra *Romeo y Julieta* de Williams Shakespeare.

JULIETA: —¡Injusto con tu mano, peregrino, eres, porque ella se mostró devota!
No olvides que los santos tienen manos y que se tocan una mano y otra
y palma a palma en el sagrado beso
de los romeros en la romería.²⁶⁷

Sus compañeros advirtieron que Isabel quería ser actriz. “Es el sueño de Isabel, ser actriz y representar a Julieta en una obra”, dijo con complicidad Beatriz. “En verdad, era un casting para que me cogieran en la obra de *Romeo y Julieta*. Para ver si me daban el protagónico”, repuso Isabel. Felicité a la participante por su buena memoria para recordar ese fragmento de la obra de *Romeo y Julieta* y por su apuesta performativa de “coger unas carpetas” para hacer las veces de unos borradores del texto. Una vez que finalizó su propuesta se le sugirió que eligiera alguien para que la

²⁶⁷ Williams Shakespeare, *Romeo y Julieta*, trad. Pablo Neruda, (Buenos Aires: Losada, 1964), 72.

ayudase con la escena. Se ofrecieron dos compañeros: Antonio y Mateo, quienes sin recibir indicaciones previas de Isabel comenzaron a desarrollar una historia. Pude comprender un tiempo después esa invasión del espacio escénico. La escena era de Isabel y ella era la autora de lo que sucediera; sin embargo, los compañeros, que se ofrecieron a pasar los diálogos, recondujeron la escena a una competencia por el amor de la protagonista. Mateo con gestos de reverencia comenzó a tejer su propio texto y dijo: *“Desde el día que la vi, supe amada mía que usted sería para mí el sol y las estrellas.”* Ella le respondió que no quería salir con él, pareciera que la escena se asemejaba una situación real entre los pacientes. Mientras hablaba con su compañero, Antonio irrumpió montado en un palo de escoba que hacía las veces de un caballo. *“Amada mía, vengo a buscar en ti mi consuelo”*, gritaba Antonio. Con la presencia de Antonio, Isabel se sonrojó. Pronto los dos actores se dispusieron a pelear por el amor de Isabel. La obra concluyó con los pretendientes peleando y la protagonista intentando separarlos. La escena de Isabel había sido tergiversada por los participantes. Si bien, la escena era muy rica por el desenvolvimiento de los pacientes; consideré que la invasión del argumento que hicieron los compañeros sobre la propuesta de Isabel debía ser señalada. *“Gracias a todos por vuestra representación. Sin embargo, esta no es la escena que había representado Isabel. Habéis hecho lo que se os ocurrió, pero no sé si esto es lo que quería representar vuestra compañera. Vosotros comenzasteis a narrar una historia de caballeros; mientras que vuestra compañera había propuesto una escena donde la tensión dramática era otra. La escena original de Isabel era la de un casting a la que ella asiste para poder obtener el papel de Julieta. Es esa historia la que hay que representar”*, dije. *“Es verdad, esto no es lo que quería representar”*, subrayó Isabel. *“Vamos a comenzar otra vez. Elegirás de nuevo a un compañero o compañera que te ayude a contar tu historia”*, propuse. Isabel se mostró pensativa durante unos segundos y acabó por elegir a Coral. Esta elección pareció alegrar a Coral. Cuando Coral subió al escenario, Isabel le explicó la escena que deseaba representar. *“Ambas estamos aquí sentadas esperando a ser llamadas para el casting. Entonces, comenzamos una conversación sobre nuestros deseos de ser actrices. Pero comienza un malentendido porque tú creías que era un casting para una publicidad de trajes de baño”*, dijo Isabel. *“Bueno”*, respondió desconcertada Coral. Era una propuesta compleja para Coral porque ella presentaba un elevado sobrepeso y el vínculo que establecía con su cuerpo tenía una

historia de reiteradas autoagresiones. La timidez y la vergüenza sobre su cuerpo era algo que la paciente manifestaba constantemente durante el ingreso. Fuera del ingreso, solía vestir con ropas holgadas que desdibujasen su físico y, siempre, llevaba sudaderas que le cubrían hasta las manos. Por ello, ser convocada para realizar una escena en la cual debía luchar por un personaje que tenía que vender trajes de baño era un desafío para la paciente. La escena comenzó, las participantes se encontraban sentadas en una sala de espera con la mirada fija en las carpetas repasando el texto. Isabel comenzó a hablar y a contar que ella soñaba con el personaje. Coral la miró con el rabillo del ojo y dijo, “¡qué fea estás hoy!”. En ese momento, Isabel se enfadó con la compañera y decidió no continuar con la representación. Parecía que todos los miedos de Isabel habían sido expuestos. Llamaba la atención la reacción de Coral, ya que ella no solía presentar conductas hetero-agresivas. Por el contrario, en la paciente había una tendencia a la auto-agresividad pero ese comentario en el escenario parecía una pequeña venganza a la sobrexposición anterior. En el momento que Isabel bajaba enfadada del escenario, la detuve y le dije que se trataba de una representación: “*El comentario dicho arriba del escenario forma parte del ejercicio dramático. Coral no está diciéndote esto a ti como persona sino al personaje que encarnas. Desde allí puede salir un conflicto: que el día anterior en la peluquería te tiñeron el pelo de azul; que un mosquito te haya picado en el labio, que te hayas equivocado y, en vez de maquillaje, hayas utilizado una pintura de pared, etc.*” Isabel aceptó el señalamiento y regresó a su propia escena. La escena se desarrolló de una manera exquisita, ambas actrices pudieron interpretar sus roles y jugar al equívoco. Parecía que, por primera vez, la paciente podía tolerar no ser bella ni agradable para alguien. Por mi parte, me encontraba sorprendida por el modo en que el grupo se auto-regulaba. El campo simbólico del teatro, una vez más, sacudía en los cuerpos los miedos. En la primera escena, había una rivalidad por obtener el amor de la protagonista y, en la segunda escena, una compañera “desidealizaba” el encanto de la actriz. Pareciera que ambas posiciones mostraban el “nudo fantasmático” de la participante: ser elegida/rechazada.

El quinto en subir al escenario fue Mateo. El participante cogió una pala de pin pon del cajón de utilería, se ubicó en uno de los costados delanteros del escenario y comenzó su actuación. “*Buenas tardes España, estamos transmitiendo en vivo desde Marruecos. El país está consternado porque acaba de estallar la guerra. Un grupo de rebeldes ocupó parte del territorio del Sahara Occidental. Un conflicto que viene desde la ocupación española. Mauritania también está implicada en la situación*

actual”, expresó Mateo en castellano. “*Quiere ser reportero de guerra*”, dijo Beatriz. “*En verdad, quiero ser reportero pero de un mismo sitio. Elegí Marruecos porque es un país que me gusta, pero no me gustaría estar viajando tanto*”, repuso Mateo. Desde el público arrojé un cojín al grito de “*bomba*”. Mateo tomó el elemento externo y comenzó a construir su representación desde allí: “*Acaba de estallar una bomba a pocos metros, me acercaré a verificar si hay heridos*”, dijo retransmitiendo. Se aproximó al sitio donde estalló la bomba y comenzó a preguntar en francés a supuestos transeúntes. “*La gente me comenta que han sido grupos de rebeldes que se sublevaron al rey*”. Los compañeros quedaron sorprendidos de la espontaneidad de Mateo y de su capacidad para incorporar dos idiomas a la representación. Considero que la representación poseía un buen manejo del espacio y de los elementos externos no esperados por el participante. Felicité a Mateo por su representación y por su habilidad para comunicar e integrar su bagaje cultural e idiomático.

Beatriz salió a escena de manera resuelta y representó una pieza de ballet. Su presencia en el escenario era impactante y su control de los movimientos preciso. Durante la representación, simulaba equivocaciones para demostrar que se trataba de un ensayo. “*Quiere ser bailarina*”, dijo Horacio. Beatriz respondió: “*en verdad, hago gimnasia rítmica pero ahora me han prohibido este tipo de actividad*”. Jugué a hacerme la que no comprendía y le pregunté: “*¿cómo te prohibieron esta actividad?*, *yo no sabía que hacías gimnasia rítmica*”. “*Si, yo practicaba una técnica para bailarines de danza contemporánea que se llama Horton. Me la prohibieron porque supone mucho desgaste físico. Pero en verdad yo amaba practicar ejercicio*”, dijo y se sentó con frustración en la butaca. Una vez más, se inauguraba la pregunta sobre el modo de implementación de las disciplinas. Los efectos negativos que pudiera tener la práctica de gimnasia requiere un análisis. La gimnasia rítmica, la danza o el arte dramático producen efectos sobre los cuerpos. La escrupulosa observancia de los movimientos que requiere la gimnasia rítmica, favorece, en ocasiones, la vigilancia sobre el cuerpo en algunas personas. Sin embargo, la gimnasia rítmica en Beatriz, como el teatro en Isabel o la conciencia del clima en Inés, no fomentan la enfermedad ni la causan. Por el contrario, desde una lectura *transclínica*, considero que corresponden al deseo de las participantes. La *transclínica* trabaja sobre las ganas de vivir, la motivación de las pacientes y sus intereses. El objetivo es poder abordar el malestar del sujeto, sin eliminar la subjetividad. Le pedí a Beatriz que volviera al

escenario y contara una historia sobre ese ensayo de gimnasia rítmica. Beatriz regresó. *“No sé qué hacer”*, dijo. *“Cuéntanos cómo es un día normal en el que vas a gimnasia”*. La participante comenzó a representar un día de semana en el que se levantaba por la mañana, se lavaba los dientes, se vestía para ir al instituto, hacía una bolsa para el gimnasio, desayunaba con los padres, marchaba caminando al instituto y, luego, con prisa debía tomar el autobús para asistir a su clase de gimnasia rítmica. Los movimientos de la paciente eran lentos y definidos, no necesitaba la palabra para mostrar las acciones de un día de su vida. Si bien, la propuesta era muy sencilla, pretendía incorporar a la participante en su rutina. Una rutina que ahora estaba prohibida, pero no olvidada. Me impactó el cambio que manifestaba en esta escena Beatriz. Mientras que en la sesión anterior se mostraba desafiante con Isabel; en esta ocasión podía expresar su vulnerabilidad. Había dejado de competir para mostrar su deseo y el conflicto de sostenerlo.

Coral mostró cierta dificultad con la consigna, preguntó si en un futuro podía tener un trabajo donde se hicieran muchas cosas. Se responde que dentro de 10 años podía hacer lo que quisiera. *“No sé a donde llegaré, pero si me imagino haciendo muchas cosas a la vez”*, dijo Coral. Validé esta idea e hice una reflexión: *“lo que planteas Coral es muy importante. No sabemos quienes seremos dentro de 10 años, porque el ser es todo un concepto filosófico. Sin embargo, lo que propones es trascendente. Qué es lo que nos gustaría estar haciendo con el tiempo. Qué cosas nos gustan realizar, con quien nos gusta pasar el tiempo... Nos gustan los animales, los libros, las series, el baile, la cocina... Con todo eso podemos soñar”*. Me resultaba interesante que la paciente realizara la distinción entre ser y hacer; pareciera que el ejercicio denunciaba un conflicto de clave ontológica que arrastramos socialmente. Tras haberme escuchado, Coral subió con mayor confianza al escenario. Ubicó la mesa en el centro y pidió que se apagaran las luces. La escena comenzó con Coral escribiendo a máquina. *“Ring, ring, ring”*, sonó desde el público. La participante había pedido a Eva que actuara con ella en la obra. *“Buenos días, se ha comunicado con el despacho de abogados de López y López”*, dijo Coral. Desde el público Eva le hablaba, *“Hola, ¿sí? Quería comunicarme con Natacha”*. *“Natacha ha salido un momento, pero yo puedo tomar el mensaje. Dígame”*, dijo Coral. *“¿Quiere ser secretaria!”*, dijeron todos. *“Quiero una vida tranquila”*, dijo Coral. De todas las historias grandilocuentes que los participantes narraban, Coral traía un deseo pequeño y sencillo. Advertí la necesidad de validar este horizonte, su horizonte. Salir de las

exigencias de lo importante y brillante. “*Me encantó tu representación. Me llamó la atención que escribieras no en un ordenador futurista sino en una máquina de escribir, de esas antiguas. Fue una escena con elementos del pasado pero que nos muestran el futuro*”. Los pacientes cerraron la sesión reconociendo el trabajo de sus compañeros. Mateo preguntó si lo hizo bien, se lo reconoció por sus dos actuaciones: como caballero y como reportero.

Conclusiones parciales de la cuarta escena

En esta escena puede observarse que la acción de sacar el cuerpo de los pacientes de la cama de hospitalización es todo un planteamiento político. Permitir a los pacientes experimentar con formas más amables a las estipuladas en el tratamiento de ingreso; es un acto político. Espolear al cuerpo para la acción dramática, no significaba solo preparar el cuerpo para el movimiento, sino preparar el cuerpo para alojar otros gestos performativos diferentes a estar enfermos. Para comprender esto, voy a citar un fragmento del trabajo que realizó Augusto Boal con un grupo de campesinos de Perú. El creador del Teatro del Oprimido, propone una corriente capaz de sacudir la pesadez de la historia para alojar nuevos discursos. En su libro *Teatro del Oprimido 1*, dice:

Los ejercicios de esta primera etapa tienen por finalidad *deshacer* las estructuras musculares de los participantes. Es decir, desmontarlas, verificarlas, analizarlas. No para que desaparezcan, pero sí para que se vuelvan conscientes. Para que cada obrero, cada campesino, comprenda, vea y sienta hasta qué punto su cuerpo está determinado por su trabajo.

Si uno es capaz de desmontar sus propias estructuras musculares será seguramente más capaz de “montar” estructuras musculares propias de otras profesiones o estatus sociales, es decir, estará más capacitado para “interpretar” físicamente otros personajes diferentes de sí mismo.²⁶⁸

De esta manera, crear un clima de caldeamiento que active los cuerpos adormecidos por el reposo, permitiría a los participantes alojar otras propuestas performativas diferentes a la enfermedad. Deshacerse de las estructuras musculares de ser paciente para poder ser actor de su propia historia era una apuesta que el espacio se atrevía a hacer.

²⁶⁸ Augusto Boal, *Teatro del Oprimido 1. Teoría y práctica*, trad. Graciela Schmilchuk, (México: Nueva Imagen, 1980), 25.

Se reconoce el riesgo asumido en esta escena al plantear a través del caldeamiento musical los alcances del deseo subjetivo. Abrir un espacio simbólico para jugar con el futuro y con el compromiso provocó movilización en los pacientes. Sin dudas, no ha sido una sesión sencilla pero el éxito de la misma es que todos los participantes pudieron manifestar sus contenidos personales y sus miedos.

Quinta escena: “Poliamor”

Esta escena, que llamo *Poliamor*, no pudo llevarse a cabo en el teatro del hospital por encontrarse ocupado con actividades de prensa. Por este motivo, esta escena, que se desarrolló en mayo de 2016, se realizó en la galería de la sala de ingreso. Un lugar periférico a las habitaciones que, si bien se encontraba bajo puertas con llave, daba a un jardín extenso que colindaba con la calle. El impacto de realizar la sesión en ese espacio vacío, que funcionaba como depósito de todo el material hospitalario que no se utilizaba, fue inquietante. Comprendí que se debía investir de simbolismo el lugar y comenzar un proceso de reapropiación para poder religarlo a lo lúdico.

Ese día asistieron diez pacientes mujeres con edades entre 13 a 17 años. Como se comentó anteriormente, había dejado de estudiar los casos individuales derivados al espacio y me aboqué a un trabajo colectivo. Esto fue producto del ejercicio intelectual que había realizado durante los primeros años de la investigación. Así, fue como decidí no ahondar en las historias personales de los participantes y mi aproximación al grupo cambió radicalmente. Dejé de escuchar la singularidad de los discursos para fomentar el uso colectivo de la palabra. De esta forma, la acción política no solo venía de mi acción disidente de “sacar a los pacientes de la cama”; sino que la acción política era un texto construido colectivamente por los pacientes. En esa sesión no participó ningún funcionario del hospital. Tal vez, no hiciera falta ya que las cámaras de seguridad de la galería estaban encendidas y las ventanas traslucían los movimientos de las pacientes. De este modo, el panóptico de la sala seguía operando sin que estuviera un funcionario presente. Explicué que era psicóloga clínica y que en el hospital colaboraba impartiendo clases de teatro. Propuse a las participantes que dijeran su nombre, edad y si habían hecho arte dramático alguna vez. Cuatro de las participantes eran nuevas y las seis restantes, ya habían asistido anteriormente al espacio. Dos pacientes habían estado ingresadas años anteriores y habían participado en la actividad, cuando aún no se había organizado el dispositivo de la *tramoya*.

Construcción del espacio

Como una primera aproximación al nuevo espacio, les ofrecí la consigna: “*Vais a explorar este lugar. Si bien, está junto a vuestras habitaciones, es la primera vez que estáis en él. Recorredlo y observadlo. También, podéis examinar aquello que os*

llame la atención". Las participantes comenzaron a caminar por la galería. Era un espacio amplio, ya que abarcaba toda la extensión de la sala. Mi intención era que las participantes convirtieran ese *no lugar* en un espacio capaz de albergar la acción dramática de sus cuerpos y de sus textos. En esta línea, Peter Brook expone al inicio de su libro *El espacio vacío*: "*Puedo tomar cualquier espacio vacío y llamarlo un escenario desnudo. Un hombre camina por este espacio vacío mientras otro le observa, y esto es todo lo que se necesita para realizar un acto teatral*".²⁶⁹ Mientras hacían el reconocimiento de la galería, desde una de las ventanas de las habitaciones, recibí una negativa a que las pacientes recorrieran toda la estancia. Me vigilaban y debía acatar las normas del ingreso. Solo nos permitían ocupar un sector de aquel espacio, ya que habían muchos objetos que podían provocar cortes y heridas en las pacientes. A pesar de comprender que las pacientes siempre habían cuidado el espacio de teatro y no se provocarían cortes durante la sesión, me negué a iniciar un enfrentamiento con enfermería. De esta manera, sin que las participantes advirtieran el señalamiento de enfermería, propuse utilizar solamente un espacio de la amplia galería. "*Vais a transformar esta galería en un teatro. La idea es que haya una zona destinada al público y otra zona destinada al escenario*", dije. Las diez participantes se pusieron de acuerdo para organizar el nuevo espacio. Manifestaron que el ala destinada al público estaría junto a las ventanas de las habitaciones y el ala destinada al escenario se ubicaría junto al jardín que conducía a la calle. La distribución era sencilla. Les sugerí colocar las colchonetas de fisioterapia para señalar el escenario. La idea les pareció apropiada e hicieron un pequeño espacio confortable para la sesión. Una de las participantes, luego de colocar las colchonetas, realizó varias piruetas sobre este nuevo escenario. No censuré la acción, más bien comprendí que era un modo de apropiarse del nuevo escenario. La importancia de crear el recinto teatral permitía a las participantes convertir ese lugar en un espacio donde transcurriría la acción simbólica. Desde la perspectiva de García Barrientos:

Ortega y Gasset (1958: 37) descubría la más aparente dualidad del teatro al advertir dos zonas diferenciadas en el interior del edificio: la sala y la escena. ¿Tiene validez teórica esta distinción? Creo que sí, siempre que no se establezca entre lugares arquitectónicamente prefijados, sino definiendo la escena y la sala como los espacios de los actores y del público respectivamente. Difícilmente podría neutralizarse la oposición

²⁶⁹ Brook, *El espacio vacío*, 1.

entre estos dos “lugares” teatrales, que se fundamenta en una exigencia de cualquier tipo de teatro: la oposición entre actores y público, es decir, la concurrencia de los dos sujetos, o clases de sujeto, sin los que no hay teatro posible.²⁷⁰

La nueva distribución del espacio propuesto por las pacientes facilitó la primera toma de contacto con la actividad.

Caldeamiento

Para poder continuar con la sesión, se les indicó a las participantes que trabajasen sobre el escenario que habían construido. De esta manera, cuando estaban las diez participantes sobre las colchonetas, se les propuso un juego sencillo para entrar en calor.²⁷¹ Se les pidió que se ubicasen de forma circular y, una vez en el lugar, eligiesen un animal que correspondería a esa posición. Escogieron: pato, tigre, vaca, delfín, caballo, perro, jirafa, conejo, gato y león. Todas debían colocarse en el espacio asignado al animal, menos una que debía permanecer en el centro del círculo para poder iniciar el juego. El sitio de ese animal quedaría fuera por un momento. El ejercicio consistía en que yo iría diciendo el nombre de esos animales. En ese momento, la participante que se encontrara ocupando el lugar de ese animal debía adelantarse en decir el nombre correspondiente a su posición, antes de que la participante del centro acabara de pronunciarlo. Si la participante de la ronda lograba decir el nombre del animal a tiempo permanecería en su sitio; de lo contrario, debería abandonar su posición y colocarse en el centro.

Luego de realizar el ejercicio, les expliqué que el entrenamiento en la velocidad de respuesta era fundamental en el oficio del actor. Les dije: *“en teatro es importante manejar la velocidad en que suceden las acciones verbales y físicas. Por ejemplo, cuando una está muy nerviosa tiende a acelerarse o ralentizarse al hablar. En teatro hay un tempo que es necesario manejar y éste debe ser regulado para lograr un correcto manejo de las escenas.”* Sabía que intentaba explicar un concepto complejo en poco tiempo, sin embargo, las participantes demostraron que comprendían la explicación. *“Al principio el ejercicio parecía sencillo, pero luego había que recordar los nombres de los animales y sus sitios. Teníamos que prestar mucha atención”*, dijo una de las participantes.

²⁷⁰ José Luis García Barrientos, *Cómo se comenta una obra de teatro*, 149.

²⁷¹ Adaptación de un ejercicio creado por la psicodramatista Ana María Fernández Espinosa.



Img 7: gráfico del juego

Así, este ejercicio intentaba abordar uno de los conceptos más complejos del entrenamiento actoral y de la dirección de escena: la velocidad. En palabras de García Barrientos:

La velocidad externa, representante o escénica es un aspecto temporal que carece de correlato en la literatura escrita y que se manifiesta de forma privilegiada en el cine. La posibilidad no marcada es la isocronía o coincidencia de la duración de la fábula y de la escenificación ($D_f = D_e$), velocidad “normal” que rige la ejecución de la aplastante mayoría de los espectáculos. Las dos posibilidades “anisocrónicas” de este tipo de velocidad, que afecta sobre todo al movimiento, son la aceleración ($D_f > D_e$) y la ralentización ($D_f < D_e$).²⁷²

Este es un ejercicio para estimular la atención, la memoria y la capacidad de reacción en el escenario. En teatro el tiempo en que se narra la historia está sujeto al ritmo que imprimen sus actores. Por ello, entrenar la velocidad de respuesta es entrenar la atención, el tiempo de reacción y el ajuste textual al movimiento.

Caldeamiento específico

Modifiqué el ejercicio inicial y les pedí a todas las participantes que permanecieran en su sitio e hicieran el gesto y el sonido del animal asignado. Si bien, todas lograron realizar la propuesta con éxito, se advirtió cierta dificultad en la

²⁷² García Barrientos, *Cómo se comenta una obra de teatro*, 128.

representación de “la vaca”. “*Yo no soy una vaca gorda, ¿vale?*”, dijo la participante. “*Es solo un juego. A mí no me gustan los gatos y tuve que hacerlo*”, repuso una compañera. Para aliviar la tensión, decidí cantar una canción infantil que algunas participantes conocían y entonaron conmigo:

Señora vaca, señora vaca
Yo le doy gracias por todo lo que nos da
Hoy mi maestra
Nos ha enseñado
Que su cuerpito trabaja sin cesar

Y nos da la leche
El dulce de leche
Y la manteca que siempre le pongo al pan
También el queso que es tan sano
Y un yogurt para mi hermano...
Señora vaca, usted sabe trabajar...

Y nos da la leche
El dulce de leche
Y la manteca que siempre le pongo al pan
También el queso que es tan sano...²⁷³

La participante se rio de los coros disonantes y se atrevió a representar a “la vaca”. Interpretó un mugido similar al canto. Así, pudo vencer las barreras de la vergüenza al apropiarse de esa forma infantil y simpática. Se advirtió que todas las participantes comenzaban a estar más cómodas en el espacio y que la sensación de “ridículo” permitía una mayor confianza. Consideré que era imprescindible abordar el ridículo, el cual conducía a las áreas sensibles de la conformación del esquema corporal. El abrazar las sombras en relación al cuerpo, apropiarse de una misma y vencer prejuicios. Esta situación inicial era similar a la descrita por Stanislavski en el entrenamiento del actor:

Después, cada uno de nosotros debió salir por turno de entre bastidores al escenario, acercarse a una dama, inclinarse, y, después de que ella hiciese una reverencia, besar su mano extendida. Parece que no es una tarea muy complicada, pero ¡qué efecto producía, sobre todo cuando Puschin,

²⁷³ El reino infantil, “Señora Vaca”, vídeo YouTube, 2:40, publicado el 21 de julio de 2011, <https://www.youtube.com/watch?v=3LHrNvG0ayA>

Umnóvíj y Viúntsov mostraban sus modales mundanos! Jamás pensé que fueran tan desmañados.

No sólo ellos, sino también los especialistas en modales, como Vieselevski y Govorkov, estaban en el límite de la comedia.

Yo también arranqué sonrisas, lo cual me dejó con el ánimo por el suelo.

Es asombroso observar cómo las luces del escenario destacan y magnifican todos los defectos y todos los gestos ridículos de una persona. El actor aparece colocado bajo una lupa que multiplica las dimensiones de lo que en la vida corriente pasa inadvertido.

Es preciso recordarlo y estar preparado para ello.²⁷⁴

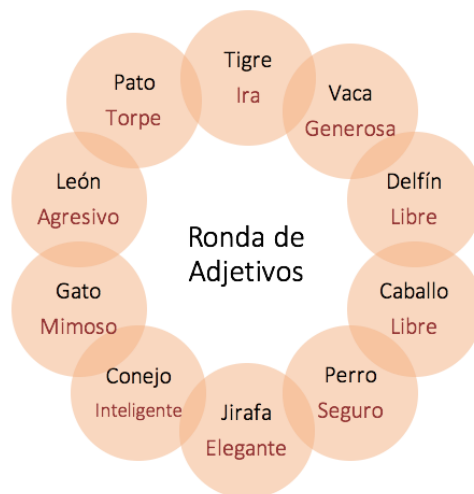
Stanislavski describe con precisión el poder del ridículo, el cual puede conducir a espacios de comicidad. El maestro ruso considera que el ridículo es una instancia que debe ser trabajada, ya que implica un exceso de mostración de la persona y sus defectos. Para él, en el ridículo aparece más la persona que el actor. Los actores deben ejercer un control sobre su cuerpo y sus movimientos, para que los rasgos de su singularidad no invadan la escena. Sin embargo, la aplicación del teatro en esta investigación no sigue esta perspectiva de lo ridículo. Por el contrario, la finalidad del dispositivo de la *tramoya* es apropiarse de las formas agrietadas de lo especular y dejar de experimentar el cuerpo como abyecto. No se pretende un aprendizaje desde el control; sino que el poder “mugir como una vaca” ensancha los límites fantasmáticos de la corporalidad. Así, en esta tesis, poder hacer el ridículo es acción que empodera y libera.

Construcción de los personajes y del guion

Para comenzar a construir el personaje, les solicité a las participantes que asignaran un adjetivo calificativo a cada animal. *“Ahora vais a pensar en un adjetivo que califique a vuestro animal. Vais a decir lo primero que os evoque ese animal”*, dije. Esta descripción serviría para poder crear a los personajes y escribir un guion que los contenga. Se les explicó que con esas características ofrecidas al animal cada una construiría un personaje. *“Estas características atribuidas a los animales van a ayudaros a construir vuestro personaje”*, dije. Se dividió al grupo en dos subgrupos de cinco participantes. De un lado quedaron los personajes con las siguientes

²⁷⁴ Stanislavski, *El trabajo del actor sobre sí mismo en el proceso creador de la encarnación*, 23.

características: *libre, torpe, generosa, ira y agresión*. Y del otro lado quedaron los personajes: *elegante, inteligente, mimoso, libre y seguro*.



Img 8. Ronda de adjetivos

Para la construcción del guion, se planteó una técnica muy utilizada en los talleres de dramaturgia y entrenamiento actoral.²⁷⁵ Dije: *“Esta vez, la proposición lógica será la misma para ambos grupos: “A se encuentra con B y pero se enamora de C, mientras que D habla con E”. Ambos grupos deben utilizar la misma proposición para construir una historia con: introducción, nudo y desenlace.”* Tuve que volver a explicar la consigna para poder incluir la multiplicidad de personajes a sus obras.

Primer subgrupo

Las participantes del primer subgrupo se sentaron en unas sillas plásticas que había en la galería y comenzaron a tejer la historia. Se las veía entusiasmadas con la propuesta y se negaron a recibir ayuda mía. *“Queremos mostrar una obra sin censuras. Si te mostramos la obra seguro no nos dejas representarla”*, dijo una de las participantes. Me sorprendió ese comentario, ya que nunca había prohibido ninguna manifestación artística o verbal de los pacientes. *“Ofrecí mi ayuda, por si os resultaba útil coger algunas ideas externas. Puedo esperar para ver aquello que nos queréis*

²⁷⁵ Técnica implementada por José Sanchis Sinisterra en sus talleres de fitness dramatúrgicos, destinado a dramaturgos y actores que deben ejercitar su capacidad de creación textual.

contar.”, dije. Luego de unos minutos, las cinco participantes con muestras de exaltación dijeron al unísono: “¡Ya está!”.

Decidieron que no iban a asignar nombres a ningún personaje y que los reconoceríamos por sus características.

Personajes:

- Generosa: se cita con agresivo
- Agresivo: busca parejas por *meeting*
- Torpe: camarera
- Libre: acompañante de Ira
- Ira: acompañante de Libre

Colocaron en el centro del escenario las sillas plásticas, en las cuales, momentos antes, se habían sentado para la construcción del guion. Impactaba ver aquel escenario desnudo de luces, telones y atrezos que facilitasen la caracterización. Parecía un paisaje industrial. De fondo, el mobiliario hospitalario estaba colocado sin cuidado; en el centro, las actrices con sus pijamas asépticos evocaban una distopía.

La obra comenzó con Generosa y Agresivo conversando. “*Hola, no sabía que eras tan guapa*”, dijo agresivo. “*¿Qué dices! Tú no me habías contado que tenías esos músculos, ¿cuántas horas entrenas al día?*”, preguntó Generosa con gestos de ruborizarse. Mientras, Agresivo y Generosa conversaban, se acercó Torpe caminando como “un pato”. Torpe hizo gestos de llevarles un pedido. “*¿Pero qué hace señora?, ¿usted es tonta? Aún, no hemos pedido nada.*”, exclamó Agresivo. “*Peeeeerdone, señor... yo pensaba que esta era la mesa cuatro. Essss, esss, mi primerrr día en este trabajo*”, respondió Torpe con miedo. Finalmente, dijo: “*¿Qué quieren tomar?*”. En un intento de aliviar la tensión inicial Generosa, dijo: *¿sabes? nos conocimos por meeting*. Torpe la miró con sorpresa e insistió: “*disculpennn, ¿qué quieren tomar?*” Generosa, haciendo caso omiso a Torpe, continuó: “*a mí me gustan así... rudos, fuertes. ¿No le parece guapo?*”, suspiró. Torpe, con gestos de no comprender a Generosa, se marchó fastidiada. De camino, tropezó con otros nuevos clientes Ira y Libre. “*Buenos días, ¿tenéis reserva?*”, dijo Torpe. “*No, pasábamos por aquí y vimos que en el menú había sepias a la plancha*”, comentó Libre. “*No nos quedan sepias, se acabaron hace un momento. Hoy tuvimos muchos clientes*”, expuso Torpe. “*¿Cómo podéis ser tan inútiles? Son apenas las 13 hs y no tenéis sepias. ¡Vaya tropa!*”, expresó Ira con “mucho ira”. Torpe hizo gestos de miedo y dijo: “*perdone, no*

sabíamosss que iba a haber tantaaa demanda de sepias. Ayer tuvimos que tirar la mitad de la comida por no haber clientes”. “¡Dadme una mesa ya! Veremos que otras cosas hay en la carta”, repuso Ira. Inmediatamente, Torpe colocó una de las sillas de plástico junto a la primera pareja. Con un gesto espontáneo porque, verdaderamente, en la galería no había más sillas expresó: *“Disculpe señor, no hay más sillas. Solo tengo una silla”*. Fue increíble como la participante había podido traducir en la escena la carencia real de sillas e incorporar, con espontaneidad, esta nueva falta al guion. Ira mostró signos de furia y se sentó en esa única silla. Libre que había quedado de pie, dijo: *“No te preocupes querida, me siento más libre de pie”*. Torpe hizo gestos de agradecimiento y preguntó: *“¿qué queréis tomar?”* Ira, sin tener en cuenta a Libre, dijo: *“una copa”*. Libre, advirtiendo los modales de Ira, lo miró con el rabillo del ojo como con desconcierto y dijo: *“yo una Coca Cola querida, muchas gracias”*. Mientras, Torpe se retiraba, Libre la siguió y empezó a extender su pedido: *“Sin hielo... Ah, y sin limón”*. Hacía las veces de ir y volver sin terminar de hacer el pedido. *“Sin vaso tubo. Te pido que sea zero y sin cafeína. Gracias.”* Torpe resoplaba y miraba a los espectadores. Esta forma de incidir en el pedido, provocando la irritabilidad de la otra persona, era una técnica de actuación que la participante había aprendido la semana anterior de Eva Maestre Casas. El uso de la exageración mostró que las conductas pasivo-agresivas pueden pasar inadvertidas y, sin embargo, ejercer violencia en quienes las soportan. En un aparte, Torpe dijo: *“¡Vaya día! No sé si es la mejor idea comenzar a trabajar en este lugar. Igual debo regresar a los estudios aunque me cueste mucho matemáticas”*. Continuó hablando al público: *“¿Vosotros qué pensáis? ¿Trabajo unos meses y luego cojo el paro?”*. En el público sentíamos sensación de empatía ante la problemática de esa camarera maltratada por los clientes y por el sistema. *“¡Vete! Ese trabajo no lo vale”,* gritó una compañera del público. Pero el portal de la cuarta pared se había cerrado y Torpe regresó a escena con la copa y la Coca Cola zero, sin cafeína, sin hielo y en un vaso que no era tubo. *“Os traje un aperitivo para que podáis engañar el hambre”,* dijo con simpatía. *“Soy alérgico a las aceitunas, llévatelas”,* contestó Ira. Libre alcanzó a coger una aceituna. *“A mí me encantan...”*, dijo Libre reforzando las diferencias con Ira. Al dejar el pedido, Torpe volcó una de las copas encima de Ira. Esto provocó la furia de Ira: *“¡Coño!, pero qué has hecho mujer. Llama a tu jefe que voy a decirle lo torpe que eres.”* En ese momento, Generosa se levantó de la mesa y comenzó a mediar en el conflicto.

Generosa hizo un alto en la escena, se aproximó al público y nos contó en confidencia que le había empezado a gustar Ira, *“pero qué guapo es, es como me gustan a mí violentos. Me encanta.”* En ese momento, se acercó Agresivo y vio la escena de Generosa con Ira. Se enfadó y comenzó a discutir con Ira. Generosa, Torpe y Libre se apartaron del centro. Agresivo e Ira se ubicaron en un primer plano y comenzaron a pelearse con vehemencia. Libre se aproximó a Agresivo y lo separó de su pareja, comenzaron un intercambio de miradas y acabaron juntos. Ira fue abordado por Torpe: *“¡te invito una copa!”* Ira se mostró perplejo porque no sabía si la invitación era porque Torpe quería tener una cita o quería resarcir el accidente de haberle echado la copa encima. Entonces, Ira preguntó: *“¿gratis?”*. Torpe insistió: *“dije que invitaba yo”*. Las nuevas parejas se marcharon juntas quedando Generosa en el escenario. Generosa: *“esto siempre me pasa por generosa, me quedo sola”*.

Al acabar la obra, las pacientes que se encontraban en el público dijeron: *“vaya historia, ¡cómo vais a quedaros con esos dos capullos!”*. La obra había sido representada desde una naturalización de la violencia y con una descripción aséptica de las conductas patriarcales. Era una obra manifiesta que generaba malestar en el cuerpo del espectador, se necesitaba de un segundo momento para poner en palabras la incomodidad. El impacto en el público fue grande, los espectadores no comprendían la supuesta apología a la agresión. Como clínica, me veía interpelada a incidir en la obra, analizar el texto colectivo escrito por las pacientes; pero, como directora de un espacio dramático, la obra era una pieza política sin precedentes en la historia del dispositivo de la *tramoya*. La mostración fenomenológica y limpia de los vínculos tóxicos había sido llevada al extremo. Causaba el desconcierto del público. Era un texto escrito por las cinco participantes que movilizaba a quien era testigo de la escena. La representación invitaba a pensar. *“Vamos a abrir un espacio de reflexión sobre la obra, para analizar el texto y para comentar el impacto emocional que produjo en los espectadores”*, dije. *“A mí me sorprendió que los tíos agresivos estuvieran con tías tan guay, es lo que una ve en las noticias y no puede creerlo. Verlo en esta historia suena ridículo. Para mí, esos dos deberían ir presos”*, dijo una de las participantes. *“Las mujeres somos tontas. Vamos al 8M y seguimos aceptando esta lacra”*, reparó otra compañera. Las actrices reían, *“sabíamos que os iba a molestar”*. Me impactó esa apuesta teatral a lo incómodo. Comprendí que la obra no podía ser modificada sino resignificada. Desde la *transclínica* era necesario abrir una vía discursiva que posicione a las pacientes como sujetos corporales, psíquicos,

socioculturales y políticos. En el orden de lo estético, la obra creada por las pacientes gozó de una fría excelencia. Era lo que Grotowski destacaba del teatro de Artuad:

Artaud planteó la gran liberación, la gran transgresión de las convenciones, la purificación mediante la violencia y la crueldad; afirmó que la simple evocación de poderes ciegos en el escenario podría protegernos contra ellos en la vida misma.²⁷⁶

Desde la lectura que realiza Artuad del teatro, puede decirse que la propuesta de las pacientes se enmarcaba en la vía de la toma de consciencia del público. Un público que era interpelado, pero que respondía con la impotencia del testigo. Abrí un breve espacio de comentarios para poder alojar el malestar subjetivo y social frente a temas tan delicados como la violencia de género. Expresé que me había conmovido la apuesta colectiva de las participantes y que encontraba en su trabajo textual una polisemia de significados importantes. Felicité a las actrices por haber integrado los ejercicios de sesiones anteriores. Las participantes supieron realizar una descomposición de lo afectivo que caracterizaba a los personajes. Se advertía un juego estético, de carácter involuntario, al vestir todas el pijama azul. *“Al principio, parecíais todas iguales, vestidas igual y con el mismo peinado. Sin embargo, cuando comenzó la obra, vuestro trabajo sobre el manejo emocional pudo caracterizar a cada uno de los personajes. El manejo de la agresión y de la ira; el concepto de la generosidad desmedida que “no se detiene dando amor” pero que, finalmente, se queda sola; la libertad que huye con otra versión de la agresividad y la torpeza que sucumbe frente a la ira. Me pareció una verdadera obra de teatro”*.

Por otra parte, les señalé que el uso que habían hecho de la cuarta pared agregó tensión dramática a la historia. La sesión anterior habían participado algunas de estas pacientes en el espacio de teatro y se había hecho hincapié en poder establecer una línea de complicidad con el público. Así, el aprendizaje de las participantes de las sesiones anteriores fue inmediato y perenne. En esta sesión habían recurrido al *aparte*²⁷⁷ e incorporaban al público como receptor de la escena. De esta manera, las participantes habían empleado la cuarta pared como una membrana semipermeable, que permitía la expresión emocional de las actrices con el público; pero, que actuaba

²⁷⁶ Grotowski, *Hacia un teatro pobre*, 85.

²⁷⁷ Pavis, *Diccionario de teatro*, 47.

como una barrera, que impedía al público incidir en la representación. En palabras de Anne Ubersfeld:

Una silla colocada en el escenario no es una silla en el mundo, el espectador no puede sentarse en ella ni mudarla de su sitio; es una silla prohibida, sin existencia para él. Todo cuanto ocurre en escena (por poco determinado y cerrado que se halle el lugar escénico) está contagiado de irrealidad. La revolución contemporánea del lugar escénico (desaparición o adaptación de la escena a la italiana, escenario anular, teatro circular, tablado, teatro en la calle etc.) con sus intentos por mezclar al público en la acción, a los espectadores con los actores, no empaña esta distinción fundamental; aunque el comediante se sentara en las rodillas del espectador, siempre habría unas invisibles candilejas, una corriente de mil voltios que lo desconectaría de él radicalmente.²⁷⁸

Ese juego del aparte, en el cual se convocaba al público como otredades presenciales de lo trágico, provocó un impacto mayor en las espectadoras. Ser testigos de una escena, donde las protagonistas estaban en riesgo y no advertían las implicancias futuras que podían tener sus acciones, era potenciar la conciencia social a través del drama.

Segundo Subgrupo

Para construir el guion, las participantes se ubicaron en las colchonetas que delimitaban el escenario. Las pacientes se mostraban contentas y colaborativas. Me pidieron algunos consejos para el montaje. Me preguntaron si podían besarse y acariciarse, les expresé que en el teatro todo estaba permitido. Les expliqué que, muchas veces, para poder mostrar intimidad no hacía falta la acción explícita de los besos, ya que se podía jugar con lo simbólico como metáfora corporal. Me impresionó como estas recomendaciones fueron recogidas por las pacientes para presentar una obra de alto contenido erótico, sin necesidad de exponer sus cuerpos. El abordaje fue magnífico. Las participantes se ubicaron en una fila sobre el escenario y presentaron la obra bajo el nombre de “Poliamor”. Cada una, desde su lugar en la fila, presentó a su personaje con un nombre y la característica que definía al animal del ejercicio anterior:

- Soy Lucrecia y soy muy inteligente.
- Soy Juan y soy muy seguro.

²⁷⁸ Anne Ubersfeld, *Semiótica Teatral*, trad. Francisco Torres Monreal, (Madrid: Cátedra, 1989), 33.

- Soy Roberto y soy libre como un pez.
- Soy Luis y mi virtud es ser elegante.
- Soy María y soy mimosa.

La apuesta estética era visualmente armónica. Como en una danza, rompieron fila y se ubicaron en el escenario para comenzar la representación. Estaban todos los personajes de pie ubicados en semicírculo, menos Lucrecia que se encontraba sentada en una silla leyendo. Parecía un rencuentro de amigos después de una temporada sin verse. Contaban anécdotas y sucesos que habían vivido durante ese tiempo. Entonces, Juan detuvo la conversación y dijo: *“veis esa chica que está allí. Es el amor de mi vida, nos conocimos este verano en Gijón y estamos enrollados. Le diré que se una a nosotros”* Todos a la vez, dijeron: *“¡Claro!”*. María se volteó para verla, *“Pero qué guapa es, qué suerte tienes. Además parece muy inteligente...”* Juan se apartó del grupo y fue a buscar a Lucrecia que no se esperaba su presencia. *“¡Qué susto!”*, exclamó Lucrecia. *“Perdona cariño, es que quería presentarte a mis amigos. Les hablé de ti todo el verano y ahora querían conocerte en persona”*, dijo Juan. *“¡Claro!, pero ¿me esperas un momento que termino este capítulo?”*, le pidió Lucrecia. *“Sin problemas”*, contestó Juan. Lucrecia se demoraba y pasaba lentamente las páginas de su libro. Juan se mostraba impaciente y entusiasmado, hacía gestos a sus amigos para que esperaran un poco más. Finalmente, Lucrecia cerró el libro, dio un beso en la mejilla a Juan y se incorporó al grupo. *“Hola, soy Lucrecia. Juan me habló mucho de vosotros”*, dijo la actriz con modales refinados. *“¿Te dijo que nos conocimos en un loquero?”*, balbuceó María. *“¡Qué dices María!, no asustes a Lucrecia”*, repuso Luis con cortesía. Lucrecia con cara de sorpresa preguntó: *“Pensé que erais compañeros de instituto”*. *“Nos conocimos en un ingreso en psiquiatría”*, dijo Roberto. Lucrecia respondió: *“una vez tuve que ir al psiquiatra porque mis padres estaban asustados. Leía cinco horas seguidas sin interrupciones. Me dijeron que era muy exigente y me pautaron salir de fiesta”*. Todos rieron. *“Nunca me comentaste sobre eso”*, dijo Juan. *“Tú nunca me contaste que estuviste ingresado en psiquiatría”*, insistió Lucrecia. Juan se ruborizó y Lucrecia lo abrazó con cariño. En ese momento, María comenzó a acariciar a Lucrecia. *“María, no empieces”*, dijo Juan. *“Soy muy mimosa, no puedo evitarlo”*, repuso María. Lucrecia mostró agrado por las caricias de María. En ese momento, Roberto llamó a Juan por separado y le dijo: *“Juan tengo que confesarte algo, estoy completamente enamorado de María”*.

Entre risas, Juan le contestó: *“¡Hombre! ¡Tienes que decírselo! El amor es muy lindo, mira lo bien que estoy con Lucrecia. María es muy especial y seguramente quiere iniciar una relación con alguien”*. Regresaron al grupo y Roberto mostraba una sonrisa. Acto seguido, Luis con mucho estilo sacó a Juan del corrillo y le dijo: *“tengo que decirte algo que me viene pasando hace mucho tiempo”*. *“¿Qué? ¡Habla hombre!”*, lo interpeló Juan impaciente. *“Estoy enamorado de María”*, le confesó Luis. Juan con signos de estar confundido, miró a Roberto y luego miró a Luis, volvió a mirar a Roberto. *“Pero... ¿desde cuándo?”*. *“Desde el ingreso pero no quería parecer maleducado”*, planteó Luis. Juan se apartó de la escena y dijo al público: *“Estoy confundido, todos me confiesan el amor a María cuando yo estoy con Lucrecia. ¿Será qué no se atrevían a decirme esto antes? Yo estuve mucho tiempo saliendo con María pero nadie me había dicho nada”*.

Al voltearse vio a María y a Lucrecia que se encontraban coqueteando y hablando de manera cercana entre ellas, mientras se sumaban Roberto y Luis. Con desconcierto, Juan dio una voz: *“Lucrecia, cariño ¿cómo te enrollas con María?”*. *“Ven con nosotros Juan, esto es divertido. Hagamos un poliamor”*, propuso Roberto. *“Cariño, tú tienes que estar seguro que te quiero a ti. Pero necesitamos divertirnos, me lo prescribió el psiquiatra. Ven a disfrutar”*, dijo Lucrecia entre risas. La obra se cerró con una escena donde se encontraban todas las actrices descalzas y con sus cuerpos entrelazados como si fuera el juego enredos.

Al terminar la obra, las compañeras del público aplaudieron. Mientras, reían de las ocurrencias de las compañeras sobre el amor.

Sin dudas, era una obra que recogía una pregunta sobre la continuidad de la vida después del ingreso. Indagaba sobre un futuro incierto y la durabilidad de la amistad y del amor. Era interesante observar, el lugar de autoridad que se adjudicaba a la psiquiatría; como una instancia que habilitaba el disfrute y la diversión. Quizás, se desprendiera de alguna recomendación rápida ofrecida en algún despacho de la sanidad pública. Al ver la obra, era sencillo imaginar a un psiquiatra decir: *“señores padres, lo que cura a nuestros jóvenes es la alegría y los amigos”*. Sin embargo, el uso mordaz de esta recomendación era adoptado para hacer circular el deseo y la libertad. Era una obra que narraba el presente como pasado para, así, poder tejer el encuentro futuro. Era un relato de tiempos deslocalizados, que contaba una historia subjetiva en clave colectiva. ¿Cómo se podía ubicar en la propia historia ese fragmento de tiempo que denotaba el encierro en psiquiatría? El director de escena

Declan Donnellan, propone ensanchar las significaciones de lo sucedido para abrir paso a lo aprehendido. Contar mi historia no es regresar a los hechos pasados, es significarlos.

La historia no tiene nada que ver con el pasado. La historia es como percibimos los hechos ahora. La historia sólo es una secuencia de reivindicaciones. No es que la historia sea exactamente palabrería, lo que pasa es que es completamente subjetiva. (...) No hay nada tan impredecible como el pasado.²⁷⁹

De esta manera, les di la enhorabuena por la capacidad de transmitir el deseo y el amor desde una elegancia minimalista. La incorporación del juego enredos para poder mostrar el intercambio de afectos fue un acto metafórico delicado. Por otra parte, la obra mostraba que las pacientes habían podido salir del encierro e imaginarse una vía de salida.

Conclusiones parciales de la quinta escena

Esta era la primera vez que no se realizaría la sesión en el teatro del hospital y los enfermeros propusieron utilizar un espacio colindante a la sala de ingreso. La situación no había sido planeada con anterioridad y esto provocaba cierta incomodidad. Hasta ese momento se había asociado la actividad al recinto teatral del hospital y no se imaginaba establecer la práctica dramática en la galería del ingreso, bajo el panóptico vigilante de enfermería. Temía que la mirada atenta de los profesionales quitara espontaneidad a las propuestas de los participantes. Además, entonces, consideraba fundamental “*salir del encierro*” para que existiera disidencia en el teatro. Por el contrario, el pasillo de la sala de ingreso no era un lugar usualmente utilizado por los pacientes; sino que, por el contrario, era el depósito transitorio de camillas, sillas de ruedas u otros mobiliarios hospitalarios. Impresionaba ser más lo que Marc Augé llamó un *no lugar*:

Los no lugares son tanto las instalaciones necesarias para la circulación acelerada de personas y bienes (vías rápidas, empalmes de rutas, aeropuertos) como los medios de transporte mismos o los grandes centros

²⁷⁹ Declan Donnellan, *El actor y la diana*, trad. Ignacio Gacía May (España: Fundamentos, 2004), 113.

comerciales, o también los campos de tránsito prolongado donde se estacionan los refugiados del planeta.²⁸⁰

Sin embargo, en esta sesión se descubre la versatilidad del dispositivo de la *tramoya* y la plasticidad para intervenir en un *microespacio temporal*. El *microespacio temporal* es un recorte singular de un lugar y de un tiempo donde es posible ejercitar los postulados *transclínicos* en una población determinada. De esta manera, es posible comprender que el dispositivo de la *tramoya* había sido organizado como un “contra-lugar”; como una heterotopía foucaultiana que jugaba con traspasar los muros hospitalarios. El juego teatral permitía pensarse en otros espacios y otros tiempos, burlar el confinamiento y habilitar el deseo. Esta era la razón por la que el dispositivo funcionaba, porque proponía un lugar contrario al que en ese momento habitaban los pacientes. En palabras de Preciado:

En rupturas con los espacios tradicionales, las heterotopías son “contra-espacios”, zonas de paso o de reposo, lugares donde se suspenden las normas morales que rigen todo otro lugar, una suerte de “utopías localizadas” que han encontrado un lugar provisional o un puerto de excepción.²⁸¹

Ese día se constató que la galería de la sala de ingreso podía cambiar de estatuto; podía alojar otros usos. Abandonar su significación, incluso ensanchar las paredes. En ese ejercicio de construcción del dispositivo de la *tramoya*, se hacía evidente la nueva arquitectura que proponía la *transclínica*. El objetivo era habilitar un espacio para que los sujetos pudieran expresarse. En este sentido, es preciso reconocer que en las participantes el impacto fue menor de lo que en un principio imaginaba. Las pacientes circularon por el espacio con soltura y pudieron transformar, con sus habilidades dramáticas, aquel *no lugar* en un escenario. Así, se advirtió que el dispositivo operaba no porque se ejerciera una acción concreta de “*sacar del encierro*” a las pacientes y conducir las al teatro del hospital; sino, que el teatro permitía crear una heterotopía que habilitaba, por un momento, la deslocalización de los cuerpos-parlantes. El teatro realizado en la sala de ingreso fue acción política, fue acto disidente.

²⁸⁰ Marc Augé, *Los no lugares, espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*, trad. Margarita Mizraji, reimp. 5ª (Barcelona: Gedisa, 2000), 41.

²⁸¹ Preciado, *Pornotopía*, 119.

Sexta escena: “El rapto”

Esta escena, que llamo *El rapto*, se desarrolló en diciembre de 2016. En ella participaron siete pacientes ingresados en psiquiatría, cuyas edades comprendían entre 11 y 18 años, y la directora de la Asociación Creando Eva Maestre Casas. En el grupo habían dos participantes varones y cinco mujeres. Me presenté como psicóloga y, a pesar de que muchos participantes ya me conocían, expliqué que colaboraba en el hospital impartiendo clases de teatro para un proyecto de investigación. Los participantes se presentaron y comentaron que habían realizado teatro anteriormente, tanto en el hospital como en la escuela.

Ese día, asistió una paciente que se encontraba en silla de ruedas tras haber sufrido un acto autolítico en las vías del tren. Tenía una escayola en la mano derecha y en el tórax. Por este motivo, asistió a la sesión un celador de la sala para ayudarla a trasladarse, ya que la paciente se encontraba en un estado de completa dependencia. Los psiquiatras le habían prohibido hablar del intento de suicidio y la prescripción fue “*no vuelvas a pensar en hacerte daño; tienes que pensar en positivo*”. Si bien, durante el ingreso la paciente realizaba crítica total de lo sucedido; se percibía cierta disociación entre lo ocurrido y su estado anímico. Pierre Janet, llamó disociación²⁸² al mecanismo de negar los elementos que provocan perturbación en el psiquismo, los cuales acaban por ser aislados del campo de la consciencia. Se advertía que el estado anímico de la paciente se encontraba distorsionado por la medicación y por el colapso psíquico de quien debería estar muerto, pero continuaba con vida. No había sopor en el pensamiento, sino que por, el contrario, la paciente se mostraba feliz, sonriente y motivada. Si bien, el comportamiento expresaba euforia y efervescencia; el cuerpo alojaba las grietas del malestar y el recuerdo de lo tanático. De esta manera, el intento de suicidio de la paciente era un silencio a voces. Sus compañeros hacían esfuerzos visibles por asistirle en sus necesidades. La silla de ruedas era percibida, dentro de la sesión, como un elemento de relevancia. Símbolo de lo trágico y de la supervivencia. Signo de un pasaje al acto que no se consumó y que acabó convertido en anécdota y no en discurso. La silla de ruedas era una máquina que encarnaba el dolor expulsado de la consciencia.

²⁸² Águeda Rojo Pantoja, “El concepto “disociación” en el fin-de-siècle: P. Janet y S. Freud”, (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2006), <https://eprints.ucm.es/7439/1/T29094.pdf>.

La imagen grupal evocaba la necesidad de integrar ese elemento externo que interpelaba a los participantes, la silla de ruedas. Máquina que alojaba dos significados antagónicos en sí mismos: el impedimento y la posibilidad. Esa dualidad presente en la silla de ruedas: el no poder conducirse con libertad y la tecnología al servicio del hombre que permite sortear las dificultades para “poder circular sin impedimentos”. Comprendí que esta ambivalencia semántica debía ser abordada desde el universo simbólico de una máquina capaz de producir sensaciones y emociones. Fue en lo empírico que pude reconocer los postulados de Donna Haraway, quien desde los años ochenta realiza un análisis exhaustivo del “hombre-máquina”, el ciborg:

La medicina moderna está asimismo llena de ciborgs, de acoplamientos entre organismo y máquina, cada uno de ellos concebido como un objeto codificado, en una intimidad y con un poder que no existían en la historia de la sexualidad. (...) La biopolítica de Michel Foucault es una flácida premonición de la política del ciborg, un campo muy abierto.²⁸³

Entendí que era necesario visibilizar esa tecnología capaz de despertar sensaciones, para ello les propuse a los participantes: *“Vais a construir una máquina que proporcione emociones a quien entre en ella.”*. Los participantes hicieron gestos de sorpresa y mostraron cierta vergüenza ante la consigna. Intervine y dije: *“os da la risa, pero esta máquina es fantástica porque puedo colocarme ante ella y decir: quiero estar en Nueva York... Entonces, la máquina debe hacer los efectos especiales que me hagan sentir que estoy en Nueva York, o en Marte, o en clases de matemáticas... Debéis realizar el ejercicio con muchísimo cuidado y con respeto. La persona debe ingresar a la máquina que vais a construir con los ojos cerrados. Podéis deteneros en cualquier momento del ejercicio tanto si os agrada como si os resulta desagradable... Este ejercicio es para poder entrenar los sentidos, adquirir capacidad para producir sensaciones en el público y conmover a través del teatro”*.

Con cierta timidez, los participantes decidieron ubicarse en hileras enfrentadas y construir un túnel. La consigna interpretada por ellos era que la persona debía dirigirse a uno de los extremos y expresar lo que deseaba experimentar. Se ofreció, voluntariamente, una primera participante, quien se colocó al extremo del túnel

²⁸³ Donna Haraway, *Manifiesto Ciborg. El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado*, trad. Manuel Talens,, actualizada por David de Ugarte (¿?, 1984). Disponible online: https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf

conformado por sus compañeros y dijo: *“Yo lo que deseo es estar en mi casa, pero eso no es posible.”* Ante esto intervine y expliqué que en teatro todo es posible. *“No, eso es muy difícil. Voy a querer estar en una calle llena de tiendas”*, insistió. El deseo expresado por la participante mostraba la dolorosa realidad del encierro. La paciente deseaba experimentar estar en su casa, pero aquello tan simple se convertía en un acto lejano que podía llegar a despertar angustia. Por este motivo, desestimó ese primer anhelo para ligarlo a algo más cercano: la calle. Salir a dar un paseo era uno de los permisos más esperados dentro de el ingreso psiquiátrico, solía ser uno de los últimos privilegios a conseguir antes del alta. En la institución era concedido a la tercera semana del ingreso. Comprendí la necesidad de organizar en el tiempo la salida del ingreso y alojé, sin reparos, la propuesta de salir a la calle. Así, la participante atravesó el túnel al sonido de: sirenas, ruidos de perros, pisadas. En esta primera acción no se registraron intervenciones físicas, solo sonidos. Al final de la experiencia, se le preguntó a la paciente qué tal se había sentido. La participante respondió que necesitaba más ruido. Volvió a atravesar el túnel y sus compañeros redoblaron el nivel de ruido, pero continuaron sin tocar a su compañera. Les indiqué que podían utilizar el tacto, siempre y cuando se realizara la acción con cuidado y respeto: *“Podéis utilizar el tacto, pero recordad que la persona que ingresa a la máquina se encuentra con los ojos cerrados. Debéis ser muy cuidadosos y respetuosos con ella”*. Esta consigna era un acto de confianza al grupo, para habilitar vínculos de cuidado entre los pacientes.

En aquel momento, entró un enfermero de la sala y llamó a una de las pacientes porque debía ir a rehabilitación. Era interesante ver como el espacio de teatro continuaba sin ser concebido como una terapia, era más bien un espacio recreativo dentro de la institución. Accedí a que la participante se marchara y fuera a la sesión de fisioterapia para *“aprender a mover su cuerpo”*. Con Eva Maestre Casas, nos miramos en silencio, suspiramos y continuamos con la sesión. Este episodio, provocó un incremento en los esfuerzos por visibilizar la actividad. Junto a la Asociación Creando redoblamos voluntades para concientizar sobre la importancia de un dispositivo que preste voz y movimiento a los pacientes. En aquella lucha, descubrimos que las inercias institucionales eran grandes, pesadas y cómodas.

Una segunda participante se atrevió a salir y refirió deseos de estar en la playa. Mientras atravesaba el túnel, aparecieron efectos de brisa, viento, cosquillas en la

espalda, susurros en los oídos. Se advirtió que el grupo adquiriría más confianza y los participantes se permitían realizar acciones con mayor compromiso físico. La paciente destacaba por su modo de conducirse con seguridad a pesar de llevar los ojos cerrados. Era notorio su liderazgo dentro del grupo, ya que los compañeros pudieron cumplir con la consigna sin conflicto y demostraban mayor intimidad y confianza para con ella.

Acto seguido, salió a escena la participante que se encontraba en silla de ruedas. Pidió al celador que la ayudase a subir al escenario para la actividad. Era llamativa su tenacidad. Si bien, el escenario tenía una rampa al costado por la cual se podía acceder a él, este acceso era muy estrecho para la silla. Sin embargo, la paciente logró que todos sus compañeros la ayudasen y la llevasen en volandas. Se ubicó en uno de los extremos y explicó que quería estar en una piscina. *“Quiero usar un bañador y sentir el sol”*. Sorprendía este deseo ligado al disfrute, cuando dos semanas antes la paciente había intentado quitarse la vida. Ese discurso expresado no se correspondía a las acciones de ese último tiempo. El celador se ofreció para acarrear la silla de ruedas de un extremo al otro de la máquina imaginaria. Durante el recorrido los participantes se mostraron cuidadosos y respetuosos con la compañera. Las intervenciones fueron limitadas. Luego de ese primer acercamiento, propuse a la paciente no circular de un lado al otro con la silla; sino colocar la silla en el centro del escenario mirando al público. Desde allí y, esta vez, sin cerrar los ojos, recibiría la experiencia de estar en la piscina. Advertí que era necesario limitar el beneficio secundario que generaba que los compañeros la cuidaran con tanto esmero tras el accidente. Dije: *“Ahora podrás realizar la misma experiencia pero esta vez desde otro lugar. Ubicaremos la silla en el centro y allí, con los ojos abiertos, interactuarás con tus compañeros”*. La experiencia de la paciente con los ojos abiertos permitió mayor toma de contacto con la acción y con los participantes. Aparecieron las risas, los empujones, los soplidos y la incomodidad de encontrarse en la silla de ruedas mientras los otros participantes parecían divertirse con la propuesta. Creo que la consigna de abrir los ojos, era un acto clave en la construcción de la paciente como sujeto-deseante. Era necesario que la paciente abandonara el rol pasivo de recibir la acción de los otros, para convertirse en protagonista de su propio deseo. La acción ejecutada por el sujeto permite salir del rol pasivo, no es lo mismo decir: *“yo soy amado por”*, que decir *“yo amo”*. La paciente se había negado, en un principio, a conformar la máquina de las emociones. No quería subir al escenario y ayudar a sus compañeros con la propuesta. Sin embargo, al ver su

interés de participar como persona a quien se le deposita la acción, comprendí que era de vital importancia que también participara como agente activo que provocaba emociones en los cuerpos de sus compañeros. Tras haber realizado la experiencia de los ojos abiertos, la paciente accedió a trabajar con mayor facilidad. Comprendí que era necesario ir despacio con ella y, así, despertar el deseo de asumir roles dentro del teatro.

La cuarta participante en salir a escena era la más pequeña del grupo y a la que todos protegían. Expresó que quería sentir a su perra Luna. Otra participante dijo: *“sabía que ibas a traer a tu perra”*. Todos rieron y expresaron que la participante siempre recordaba a su perra. *“Los adultos no os dais cuenta pero nos enferma más estar lejos de nuestros animales, ellos nos dan mucho amor. Yo cuando estoy triste Luna me tranquiliza”*, expresó. Lo que acababa de decir la paciente era un alegato político, pensar la separación de un menor de su casa y sus afectos. Comprender las mascotas como otredades vinculares tan importantes como los lazos familiares, sin dudas era todo un planteamiento eco-político. La paciente atravesó el túnel y la primera intervención fue un lengüetazo de una compañera en la mejilla derecha. Se escuchaban ladridos y le provocaban roces en los pies. Dijo que le encantó la experiencia pero que le dio asco el lengüetazo de su amiga. *“Me dio asco el lengüetazo, aunque es verdad que Luna me da besos con su lengua. Cuando me vuelva a ver seguro mueve el rabito de alegría”*. Fue interesante la intervención del lengüetazo, ya que la participante había vencido esa distancia estructural forjada a través de la cultura. Las personas no “damos lengüetazos” a los transeúntes, ni a los amigos, ni siquiera a los padres. El orden social organiza este tipo de conductas y, en caso de que se produzcan, caen del lado del exceso. El juego establecido fue la broma, se realizó ese acto obsceno para que emergiera la emoción del “asco”. Me pareció interesante como los pacientes iban venciendo las barreras de la timidez y, poco a poco, se atrevían a provocar más con sus cuerpos. Sin dudas, era una sesión en la cual la corporalidad estaba presente.

La siguiente participante dijo que deseaba estar en el parque. Se colocó en uno de los extremos del túnel, cerró los ojos y comenzó a caminar. La misma participante, que anteriormente había dado el lengüetazo, ahora dio un grito en el oído de su compañera. Corté la escena e intervine para poder regular el modo en que comenzaban a recrearse. Comprendí que había una diferencia entre provocar sensaciones en el

compañero, a convertir la actividad en un juego de burlas. La participante asumió la responsabilidad y se reguló a sí misma en las siguientes intervenciones. Pedí que se volviera a comenzar y, esta vez, pudo proponer otra forma de intervención a través de caricias en los pies simulando hierba. La paciente refirió que le gustó esa forma de estar en el parque. *“La máquina debe provocar sensaciones, pero no debe generar malestar en los compañeros. La máquina que proponemos es un espacio que teletransporta a lugares que deseamos. La dulzura con la que representaste la hierba logró otra aproximación”*, expresé.

El último en participar fue el único paciente varón del grupo. La energía festiva cambió, ya que dijo que quería sentir la sensación de estar en la guerra. *“No es que me guste la guerra, pero quiero imaginar como es”*, refirió el paciente. Me sorprendió el deseo pero accedí a que pudiera experimentar su curiosidad. El participante se colocó en uno de los extremos del túnel y, al grito de “acción”, lo atravesó con velocidad y todas sus compañeras lo atacaron e hicieron ruidos de explosiones y metralletas. Tras pasar el túnel, el participante refirió que le había resultado raro experimentar esa sensación de ataque; pero que, curiosamente, le había gustado. Me quedé pensando en esta versión de ser atacado por todas las compañeras y le propuse pasar, una vez más, pero desde otro lugar: *“En vez de recibir los ataques, vas a recibir la defensa de tus compañeras”*. Todos los participantes se sorprendieron porque no habían pensado en esa versión. El paciente volvió a pasar. Esta vez, sus compañeras no eran el enemigo, sino sus aliadas: *“¡Cuidado!”*, *“cuidadooo”*, *“cuerpo a tierra”*, *“ven aquí que hay refugio”*. El paciente expresó que esa versión le había gustado más.

En el trabajo con adolescentes es preciso comprender la función del grupo. En ocasiones, el grupo es experimentado como amenazante y provoca ansiedad en los sujetos, por ello es necesario crear una matriz nutritiva que aloje a los sujetos y se diluyan los mecanismos defensivos ligados a la agresión y destrucción. Desde la *transclínica* me parecía importante tejer un discurso colectivo de cuidado y reducir las experiencias amenazantes. Advertí que este caldeamiento era rico para poder intervenir según las necesidades vinculares de cada paciente. Descubrí que, en la tecnología del túnel, se establecía una dialéctica del deseo, donde se asumían diferentes roles de actividad y pasividad. Asimismo, era sorprendente ver como los contenidos personales emergían sin censuras. Considero, que haber construido una máquina humana, que proporcione emociones, era una verdadera apuesta biopolítica. En esta actividad, consideré que la dirección *transclínica* tenía la obligación de

participar en la construcción colectiva de ese pacto social-grupal. El fin de la dirección fue religar al grupo a un marco ético, que lo apartase de situaciones que provocaran en los sujetos mayor vulnerabilidad.

Construcción del guion

Para la construcción del guion propuse que los participantes trabajaran todos juntos. En esta ocasión, el caldeamiento había durado unos pocos minutos por lo que disponíamos de tiempo para poder separar el momento de la dramaturgia, del momento de la representación. Les ofrecí bolígrafos y papel. La consigna fue: *“ahora vais a crear entre todos un guion teatral siguiendo el modelo aristotélico de introducción, nudo y desenlace. Tenéis treinta minutos para construirlo y luego representarlo”*. Los participantes se colocaron en círculo incluyendo a la compañera en silla de ruedas. Eligieron a una de las pacientes para escribir todo el guion. Se observó que los seis participantes interactúan de manera espontánea y democrática. *“¿Podemos tener más personajes que actores?”*, preguntaron. *“¡Por supuesto!, podéis tener los personajes que requiera la obra. Luego, pensaremos como resolver en el escenario la representación. Vosotros escribid el texto como más os guste”*. Los seis participantes trabajaron en equipo y en tiempo record entregaron su propuesta. Transcribo el manuscrito íntegro, junto a las didascalias propuestas por los pacientes. Llama la atención la claridad y el tono de expresión. Los términos empleados y la forma de organizar un guion. Cada signo de puntuación es transcrito siguiendo al original.

El rapto

Los nombres de los personajes son ficticios:

Anne, bailarina, pareja de Valeria

Valeria, bailarina, pareja de Anne

Elizabeth, bailarina

Señora de la limpieza del teatro

Padre de Anne

Padre de Elizabeth

Policía 1

Policía 2

Escena 1

(Aparecen tres bailarinas en escena en un estudio de baile realizando los últimos pasos de una coreografía. Terminan y aplauden).

VALERIA.- Ha estado muy bien chicas. Seguro que mañana nos sale perfecto.

ELIZABETH (preocupada).-Yo creo que deberíamos seguir ensayando; nos tiene que quedar más que perfecto.

ANNE.- No, Elizabeth, es suficiente. Anda, vamos a tomarnos algo, que nos lo merecemos.

VALERIA.- Esa sí que es una buena idea cariño. (Se dirige a Anne y se dan la mano). Vamos Eli, ánimo.

ELIZABETH (suspira derrotada).- Vale, como queráis.

(Se colocan las zapatillas y salen juntas de la escena por el lado derecho del escenario).

Escena 2

(Las tres amigas se encuentran sentadas alrededor de una mesa simulando una cafetería, mientras conversan animadas). (Esto sucede fuera del escenario).

ANNE.- Val ¿No estás nerviosa por mañana? Todas las miradas se centran en ti.

VALERIA.- Para nada, hemos trabajado durísimo. Nada puede salir mal.

ELIZABETH (enfadada).- No te tomas en serio tu papel como protagonista.

VALERIA (dolida).- ¿Cómo?

ELIZABETH.- Pues estoy harta, me mato a practicar, ensayar y repetir los pasos hasta que salen perfectos y tú tan tranquila sin hacer nada ni preocuparte.

VALERIA (sorprendida).- No me puedo creer que me digas esto Elizabeth.

ANNE.- Eli, para, tu padre te ha agobiado por no conseguir el papel protagonista, ¿cierto?

ELIZABETH (abatida).- Muy cierto. Solo que siempre quiere que sea la mejor en todo.

VALERIA.- Te entiendo y lo siento, pero no la pagues conmigo. No elegí el papel y hago todo lo que puedo, ya lo sabes.

ELIZABETH.- Tienes razón, perdona. Es que es demasiado, no le soporto más. Es mucha presión, acabo hablándoos como él a mí.

ANNE.- No pasa nada. Es tarde, deberíamos marcharnos, tenemos que descansar para la función.

ELIZABETH.- luego soy la agonías, ¿no?

VALERIA.- Es que lo eres

(Ríen todas y se levantan. Se despiden del camarero y se marchan a sus respectivas casas. Elizabeth sube por el lado derecho del escenario hasta la caja izquierda. Valeria y Anne van de la mano hasta el lado izquierdo, donde se despiden. Anne sube por este lado hasta la caja derecha. Valeria continúa hasta el cubículo, donde grita, se mete y cierra las cortinas simulando su secuestro. En ese instante pasa la señora de la limpieza; oye un grito amordazado, se detiene para escuchar y continúa barriendo).

Escena 3

(Aparecen en el escenario Anne y Elizabeth listas para la función, que está a punto de comenzar. Caminan inquietas y preocupadas, buscando algo. Se paran y hablan).

ANNE.- No sé donde puede estar, esto no es propio de Valeria.

Elizabeth- No me lo puedo creer, tanto tiempo ensayando y ahora se raja.

ANNE.- Cálmate Eli, no digas eso. Ha debido de pasar algo grave, no nos haría eso si no fuese así.

ELIZABETH.- lo que tu digas (Cabreada, se va de escena)

ANNE.- (saca el móvil, marca un número y llama)- ¿La madre de Valeria? Sí, hola soy ANNE.- ¿Está Val en casa? La estamos esperando en el auditorio. ¿Cómo? ¿Qué no ha dormido en casa? No, señora, con nosotras no está. No se preocupe, se habrá distraído por el camino. Gracias. Hasta luego. Su madre tampoco sabe nada.

(Preocupada, marca de nuevo y llama a su madre)

ANNE.- ¿Mamá? Hola. Si, estoy bien, pero muy preocupada. Valeria ha desaparecido. ¿Está papá? Dile que no hace falta que venga, seguramente se suspenderá la función. ¿Qué no ha dormido en casa? Vale, sí, no es que es raro. Si, vale. Adiós. Te quiero.

(Anne frunce las cejas pensativa, y comienza un monólogo expresando su inquietud. Se sienta en el borde del escenario y empieza, mientras Eli espera pensativa)

ANNE.- Tengo alguna hipótesis, tal vez rebuscada pero acertada. El caso es que mi padre no aceptaba la relación que mantenía con mi novia Valeria ¿No es demasiada casualidad que no hayan dormido en casa el mismo día? No quiero pensar así de él

pero desde que comenzamos a salir no es el mismo.

(Eli aparece. Anne se levanta y se acerca a ella)

ANNE.- ¡Eli! Sé que estás enfadada pero por favor llama a casa y pregunta por tu padre. (Le suplica con las manos)

ELIZABETH (pone cara extrañada).- Como quieras tía. (Saca el móvil y marca). Hola mamá, ¿está papá? ¿No? ¿No ha dormido en casa? ¿Dónde crees que está? Vale, no, por nada, da igual. Adiós.

ANNE.- Lo suponía. (Asiente con la cabeza y abre un monólogo de nuevo) El padre de Eli también ha debido tener algo que ver. Estoy segura. Todo porque su hija triunfe. Solo espero equivocarme con ellos. (Hablando de nuevo con Eli). Eli, tenemos un problema. Solo te pido que me escuches y razones. Tenemos que suspender la actuación. (Eli abre los ojos sorprendida).

ELIZABETH.- Ni de coña

ANNE.- Escúchame (Se acerca a su oído y le explica la hipótesis. Elizabeth se queda absorta).

ELIZABETH.- No puede ser...

ANNE.- ¿Me comprendes ahora? Debemos hacer algo.

ELIZABETH (pone cara pensativa y se dirige al público).- Señoras y señores, sintiéndolo mucho vamos a tener que suspender la función por problemas técnicos. Disculpen las molestias.

(Va hacia Anne, la coge de la mano y salen corriendo juntas del escenario por la parte izquierda y suben por la derecha)

Escena 4

ELIZABETH.- ¿Y por dónde comenzamos a buscar? Suponiendo que tu teoría sea cierta.

(En ese momento la señora de la limpieza se coloca barriendo a su lado).

ANNE.- No lo sé... Si fueses nuestros padres ¿dónde esconderías a la persona secuestrada?

SEÑORA DE LA LIMPIEZA (se mete en la conversación).- ¿he oído secuestro?

ELIZABETH (molesta).- No se meta señora.

SEÑORA DE LA LIMPIEZA (indiferente).- Ah bueno, entonces no os digo lo que escuche ayer.

ANNE.- ¿Qué escuchó ayer señora?

SEÑORA DE LA LIMPIEZA.- no, yo no me meto

ELIZABETH.- por favor

SEÑORA DE LA LIMPIEZA.- Está bien. Os lo diré. Resulta que anoche mientras limpiaba el sótano del teatro oí unos ruidos, no les di importancia, pero he estado pensando y puede que fuesen gritos de una persona amordazada.

ANNE Y ELIZABETH.- ¡Valeria!

ANNE.- gracias señora, iremos a mirar

SEÑORA DE LA LIMPIEZA.- tened cuidado (se va barriendo)

ELIZABETH.- ¿Le crees?

ANNE.- Es la mejor pista que tenemos

(Ambas corren a la rampa del escenario y descienden. Luego suben las escaleras)

Escena 5

(Valeria ha salido del cubículo y se encuentra en un taburete amordazada en el centro del escenario. Intenta quitarse las mordazas. Cuando ve a Anne y Elizabeth empieza a gritar)

ANNE Y ELIZABETH.- ¡Valeria! (corren hacia ella y la desatan) (Valeria llora)

ANNE.- Eli, llama a la policía, rápido. (Eli se echa a un lado, llama y habla)

VALERIA (llorando).- He pasado tanto miedo, toda la noche encerrada. Si no hubieseis venido dios, qué habría sido de mi.

ANNE (la abraza y consuela).- Está bien Val, todo ha terminado, estoy aquí
(se separa)

VALERIA.- Anne (con cautela) tengo que deciros. Vuestros padres...

ANNE (la interrumpe).- Lo sabemos

VALERIA.- Lo siento tanto

ANNE.- No, lo siento yo, es mi padre.

ELIZABETH (se acerca y abraza a Val).- ¿Estás bien?

VALERIA.- Ahora ya sí

ELIZABETH.- ya he llamado y vienen enseguida

ANNE (mirando hacia una esquina) (señala).- ¡Chicos! ¿Eso es una cámara?

ELIZABETH.-¡Las cintas! (Corre hacia un lado del escenario. Sale con unas cintas en la mano) ¡Hay pruebas!

VALERIA.- Pero son vuestros padres

ELIZABETH.- Y mira lo que te han hecho. No podría estar con una persona capaz de eso

ANNE.- Yo tampoco

(Las tres sonríen cómplices) (En ese momento aparece la policía)

POLICÍA 1.- ¿Señorita Stewart? Usted ha llamado informando de un secuestro

ELIZABETH.- Sí, soy yo. Y esta es la secuestrada. (Señala a Valeria)

POLICÍA 2.- ¿Está usted bien? (A Valeria)

VALERIA.- Si estoy mejor. Mis amigas me encontraron.

ANNE.- Tenemos pruebas de los secuestradores. (Le entrega las cintas a la policía)

POLICÍA 1.- ¿Son cintas?

ANNE.- Sí, y aparecen en ellas, no se dieron cuenta de que había una cámara.

POLICÍA 2.- Vale, déjenlo en nuestras manos, vosotras marchaos a casa y descansad. Debe de haber sido duro.

VALERIA.- Gracias señor policía.

(Los policías se van. Las tres amigas se abrazan sonrientes, salen del escenario).

Representación

Restaban unos pocos minutos para terminar la hora de la sesión, pero encontraba imprescindible poder cerrar el trabajo realizado por los pacientes. Decidí coordinar con el celador que la hora se extendiese un tiempo más. Pedimos autorización para llegar a la sala justo para la merienda. Los participantes se distribuyeron los papeles y comenzaron la representación, sin mayor dilación. El celador de la sala, Eva Maestre Casas y yo conformábamos un público expectante. No sabíamos nada de la obra que íbamos a ver. Los participantes solo habían pedido ayuda para algunas indicaciones técnicas. La representación se logró con tanta fidelidad al guion que conmovía ver la memoria de los pacientes representando las escenas. Habían establecido un sistema de apuntador que recordaba el texto si alguno de ellos quedaba en blanco. La participante, que había realizado el manuscrito, fue la encargada de pasar el texto a sus compañeros y de representar el papel de Policía 2. La obra fue impactante, los participantes realizaron un manejo extraordinario de la cuarta pared, los apartes y el uso de los dos niveles para construir el escenario de la obra. Habían montado un sector para la cafetería, el escenario propiamente dicho y, en la salida de emergencia, habían

colocado la habitación del secuestro. Se podía observar que la obra había sido escrita para ser representada por esos actores. Asimismo, era llamativo que los autores habían tenido en cuenta las características del teatro del hospital para escribir el texto dramático. El escenario había sido previamente ordenado con una optimización de los recursos que impresionaba. Debo reconocer que, en ese momento, experimenté orgullo por los pacientes, algunos de ellos habían participado anteriormente y su apropiación del espacio daba cuenta del aprendizaje experimentado.

Conclusiones parciales de la sexta escena

En esta sesión, el cuerpo estuvo presente en todo el desarrollo de la obra. Incluso, la paciente con sillas de ruedas representó a la madre que permanecía en un silencio cómplice. El uso de la silla de ruedas como utilería se convertía en elemento simbólico de una “discapacidad” maternal para poder defender la libertad de una hija que bogaba por el ejercicio libre del amor.

La representación llegaba a conmover por el argumento construido por los pacientes. Era un texto colectivo que ponía en jaque los deseos paternos ligados al hétero-patriarcado y a la competitividad entre amigas. Las posiciones “deseantes” sobre una disciplina artística como la danza y las exigencias de ser protagonistas. La violencia paterna para separar el amor y la rebelión shakesperiana contra los mandatos del *paterfamilias*. Era una obra actual por los conflictos referidos, pero presentaba una estructura romántica. Aparecía el juego de poder; las envidias; el deseo; el amor lésbico; las madres en sus casas con una complicidad silente y las hijas pidiendo exogamia y reconocimiento de derechos. Se advertía la figura de la policía como fragmento de un poder estatal que habilitaba otras vías vinculares alejadas de la tradición. Era una obra catártica para poder expresar la sensación de pérdida de libertad y la necesidad de religarse al deseo. En palabras de Melendres entendemos la catarsis como:

Expulsión salutífera de un exceso de humores del espectador (generalmente malos humores) mediante la ingestión voluntaria de una dosis suplementaria de los humores que han de ser expulsados (fobia y piedad, en la doxa aristotélica). La tarea del dramaturgo consiste en proporcionar al espectador este suplemento humoral, controlado, a través de la invención de una ficción. Si leemos bien la Poética de Aristóteles, se trata de una operación basada en los mismos principios que la vacuna:

inocular el virus para movilizar las autodefensas. De hecho, la teoría aristotélica, de orden psíquico y fisiológico, es también una teoría política: la vida social nos lleva a la angustia y vamos al teatro para recibir unas gotas más de angustia, las cuales, al hacer desbordar el vaso, liberan y diluyen los humores que llevamos dentro al entrar al teatro y restituyen su equilibrio. Desde este punto de vista, la catarsis es una terapia, cosa que sitúa al arte teatral en el terreno de las artes destinadas a proteger la salud pública. Esta es la única razón que justifica que el teatro tenga que ser subvencionado por las administraciones.²⁸⁴

Sin dudas, era una obra que resaltaba la lucha biopolítica de los cuerpos para la conquista de derechos civiles. Era una obra que denunciaba la herencia conservadora de unos padres, pero que intuía espacios de libertad para las nuevas-mujeres-madrileñas.

²⁸⁴ Jaume Melendres, *La dirección de los actores, diccionario mínimo*, Serie Debate Nº 11, publ. Asociación de directores de Escena de España, Institut del Teatre de la Diputació de Barcelona (Madrid: Carácter, 2000), 41.

Séptima escena: “Guiones guiados”

Esta escena, que llamo *Guiones guiados*, transcurrió en mayo de 2017 en el teatro del hospital. En ella, participaron quince pacientes ingresados en psiquiatría. Las edades de los participantes comprendía entre 14 a 18 años. Debido a la gran afluencia de pacientes en esa sesión, los primeros 20 minutos, uno de los celadores de la sala estuvo presente para controlar la actividad, su función fue de la de un observador no participante. Me presenté primero como psicóloga y expliqué mi colaboración en el hospital como investigadora de teatro. Asimismo, los participantes dijeron su nombre, edad y deporte favorito. Cinco de los pacientes eran nuevos; los diez restantes ya conocían el espacio. Ese día asistieron a la sesión la presidenta de la asociación Creando, Eva Maestre Casas, y una voluntaria de la asociación. Por mi parte, advertía la dificultad para trabajar con un grupo tan numeroso. Los pacientes se mostraban jocosos y expansivos. Comprendí que era necesario realizar un caldeamiento breve que lograra cohesionar al grupo.

Caldeamiento

Invité a todos los miembros a ponerse de pie y formar un círculo. Les propuse el siguiente desafío: *“El objetivo es contar desde el número 1 hasta el número 15. Cada integrante deberá decir en voz alta un número. Luego, otro integrante deberá decir el número siguiente, hasta que la cuenta llegue a 15. Lo importante es que el grupo no puede organizarse ni establecer una regla antes de empezar a contar. Cualquier participante del círculo comenzará el juego al decir el número 1. Luego, otro integrante debe decir en voz alta el número 2 y, así, el siguiente. Si habla más de un participante al mismo tiempo perderéis y tendréis que volver la cuenta al principio. No está permitido hacer ningún tipo de señal o gesto; solo podréis entenderos con las miradas”*. Después de haber ofrecido la consigna, el grupo comenzó a jugar. Se advertía un incremento en la atención y en la complicidad. Los equívocos fueron mayores al principio hasta que los participantes pudieron establecer un código invisible que los organizara.

Siguiendo esta misma consigna, les pedí a los pacientes que imprimiesen una emoción al número. La idea era establecer un diálogo a través de la entonación. Dije: *“ahora vais a jugar de la misma manera pero tendréis que decir el número con una emoción que elijáis. La comunicación se modifica gracias a los gestos y las*

entonaciones que seamos capaces de expresar. No es lo mismo decir desde el enfado: dos, ¿dos! o ¿dos?”, expresé. Fue llamativo el efecto de la propuesta. Los pacientes lograron establecer un mecanismo de respuesta fluido que impresionaba un texto organizado. La secuencia de la numeración permitía saber la respuesta pero no la entonación. Los participantes pudieron descubrir la importancia de dotar de afectividad al significante. Las respuestas numerales, que en un principio habían sido asépticas, en esta nueva propuesta se colmaban de intencionalidad. Apareció el enfado, la indiferencia, el sueño, el cansancio, la alegría, la timidez, el amor, el odio... Impresionaba ver el gesto en cada número pronunciado. El trabajo con teatro era un laboratorio para poder comprender el evento comunicativo, ya que permitía al emisor jugar con la expresión. Entendemos por evento comunicativo:

La tradición de los estudios sobre las lenguas ha descuidado casi por completo elementos consustanciales a la actividad verbal oral como son los gestos, las posturas, la distancia entre las personas que participan en un evento comunicativo, la calidad de la voz o las vocalizaciones. Todos estos elementos que, como los lingüísticos, se producen con mayor o menor control consciente, de forma más o menos mecánica, tienen un papel comunicativo importantísimo, por lo que difícilmente se pueden llegar a entender los usos comunicativos de forma cabal si no se les concede la atención que merecen.²⁸⁵

El juego permitió una mayor toma de contacto con el espacio y con el grupo. Advertí distintas intensidades en la activación de los cuerpos de los pacientes, algunos de ellos se mostraban más eufóricos y otros más cohibidos. Por este motivo, decidí dividir el grupo en tres subgrupos de cinco participantes cada uno. Repartí con Eva Maestre y la voluntaria de Creeando la coordinación de cada uno. La reagrupación se realizó según el color de zapatillas, si bien era una técnica aleatoria me permitió regular los niveles de activación corporal.

Construcción del guion

Para la construcción del guion propuse a los subgrupos imaginar el futuro y construir una trama que contenga un conflicto. Mi intención era que fueran los pacientes quienes escribiesen su propio guion. Dotar de palabras lo cotidiano y encontrar en el lenguaje un vehículo de posibilidades. En palabras de Ortega y Gasset:

²⁸⁵ Calsamiglia Blancàfort y Tusón Valls, *Las cosas del decir*, 48.

El poeta empieza donde el hombre acaba. El destino de éste es vivir su itinerario humano; la misión de aquel es inventar lo que no existe. De esta manera se justifica el oficio poético. El poeta aumenta el mundo, añadiendo a lo real, que ya está ahí por sí mismo, un irreal continente. Autor viene de *auctor*, el que aumenta. Los latinos llamaban así al general que ganaba para la patria un nuevo territorio.²⁸⁶

Los participantes se quedaron pensativos con esta propuesta de imaginar el futuro. Uno de ellos preguntó: “¿Dices el futuro como ciencia ficción o nuestro futuro como pacientes?”. Les expliqué que podían elegir cualquier futurible, el subjetivo o el colectivo. Otro participante con tono desafiante repuso: “yo quiero ser polvo”. Al no haber entendido su sentencia, dije: “¿Perdona? No te escuché”. Desafiante expresó: “yo me imagino ser polvo y los médicos me prohibieron pensar en el futuro”. Sorprendida por la respuesta, expresé: “Bueno, este es un espacio seguro y podremos imaginar situaciones futuras junto a los compañeros”. La respuesta de aquel paciente me había provocado, había algo que despuntaba en esa enunciación. Me recordó inmediatamente al texto de Freud, *El problema económico del masoquismo*.²⁸⁷ En este texto, el padre del psicoanálisis plantea que en la economía del sadismo se encuentra la intención de despertar angustia en la persona sobre la que se ejerce la acción. El mecanismo utilizado por el paciente me provocó preocupación y frustración como profesional. Ser testigo de la intencionalidad tanática del paciente invalidaba cualquier acción terapéutica de reparación. La situación era una encerrona: si hacía caso a las recomendaciones de los médicos, legitimaba el juego de poder establecido por el paciente de no participar en las actividades; si negaba las recomendaciones anulaba el límite establecido por los psiquiatras. Debía encontrar una tercera vía que permitiese al paciente participar sin socavar los límites establecidos por sus médicos. Advertía que, esta vez, la reacción del paciente no se parecía a otras instancias en donde el teatro permitía habilitar la verbalización del malestar; sino que, por el contrario, el paciente podía ejercer cierto goce en manifestar con crudeza su agresividad. Para ello, le propuse participar como asistente técnico en la obra de sus compañeros. El paciente aceptó.

²⁸⁶ José Ortega y Gasset, *La deshumanización del arte y otros ensayos de estética*, 4ª edición (Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial, 1986), 35.

²⁸⁷ Sigmund Freud, *Obras completas: El yo y el ello. Otras obras (1923 -1925)*, vol. 19, trad. José Luis Etcheverry, (Buenos Aires: ed. Amorrortu editores, 1992), 161.

Nos dividimos entre Eva Maestre y la voluntaria la coordinación de los grupos. Di 15 minutos para la creación del guion. La voluntaria de la asociación quedó a cargo del subgrupo del paciente que había referido querer ser polvo; mientras que Eva Maestre asistió al subgrupo de la compra del piso.

Las tres responsable ayudamos al grupo a sacar adelante la obra que minutos después debían representar. Siempre bajo la consigna de que la palabra de los pacientes era lo que importaba.

Primer Subgrupo

Las participantes no colocaron nombres a los personajes solo describieron las funciones que cumplirían en la obra: un agente inmobiliario, una pareja de recién casados y dos “yonkis-ocupas”. Eva Maestre ayudó a las actrices con el atrezzo y la distribución del espacio escénico.

La representación comenzó a un lado del escenario, con una pareja de recién casados consultando a un agente inmobiliario por la compra de un piso para las vacaciones.

PAREJA.- Buenos días, queríamos comprar un piso para este verano. Nos acabamos de casar y queremos disfrutar de nuestra luna de miel en este precioso pueblo junto al mar.

AGENTE INMOBILIARIO.- Tengo el piso ideal para vosotros. Es un sitio tranquilo y luminoso. En el edificio solo hay viejitos pacíficos.

PAREJA.- ¡Perfecto!, pasaremos unas vacaciones geniales.

El agente entregó la llave y la pareja se dirigió a su nuevo piso. Al abrir la puerta apareció lo que no se esperaban: dos ocupas inyectándose heroína.

PAREJA.- ¿Pero quienes sois vosotros? ¿Qué hacéis en nuestro piso?, ¡acabamos de gastar un dineral por este piso! ¡Idos de aquí! (Con caras de horror).

OCUPA 1.- ¿Qué pasa chavales? este es nuestro hogar. (Actuaba como ebrio, se caía al suelo. Hacía gestos de inyectarse heroína.)

OCUPA 2.- ¡Qué nosotros no nos vamos, que aquí hemos meado y este piso es nuestro! (Hacía gestos de tirarle el humo en la cara.)

La pareja salió despavorida a buscar al agente inmobiliario.

PAREJA.- Usted nos vendió un piso con gente drogadicta dentro. ¡Devuélvanos el dinero!

AGENTE INMOBILIARIO.- ¿Pero qué me están contando?, vamos a ver.

Se hace un aparte y la mujer de la pareja se acercó al pie del escenario.

MUJER.- Este sinvergüenza nos timó, hay gentuza en nuestro apartamento. ¿Qué vamos a hacer ahora?, ¿quién nos devuelve nuestros ahorros?

Al acercarse al piso, el agente inmobiliario efectivamente vio que los ocupas habían tomado el lugar. Con asombro, el agente miró al público y dijo:

AGENTE INMOBILIARIO.- Me parece que la mejor solución es que viváis todos juntos en armonía.

PAREJA.- ¿Pero cómo vamos a vivir todos juntos en armonía? ¡Qué escándalo!

MARIDO.- ¡Usted es un jeta!

MUJER.- ¡Sáquelos de aquí!

Las actrices comenzaron a alzar la voz. La situación se percibía cada vez más tensa, hasta que la discusión verbal acabó en una pelea física entre todos los personajes. En la confusión del forcejeo la pareja accidentalmente se inyectó heroína. En ese momento, todos los personajes comenzaron a mostrarse sedados por los efectos de la droga. La escena terminó con todos los personajes abrazados.

Una vez más, aparecía la droga dentro del argumento de una obra producida por los pacientes. En ella se advertía las consecuencias “benéficas” del consumo de drogas, como posibilidad de vivir pacíficamente y como medio para aunar intereses. Había un eco de las corrientes hippies de los años 60, cuando el ideal del hombre libre y pacífico se encontraba ligado a una experimentación con drogas dentro de la comunidad. Aplaudimos a las participantes por su representación y me atreví a intervenir como directora del espacio con la siguiente sugerencia: *“lo habéis hecho de maravillas, creo que es una representación que podría dar mucho juego. Podemos pensar esta escena como la introducción a una obra más grande donde, al diluirse los efectos de la droga, los personajes regresan a la realidad. Puede ser una estrategia para comenzar un guion más profundo. Hay películas de culto que suelen comenzar con situaciones de este tipo.”* Se percibió a los participantes pensativos y desde el público uno de ellos refirió: *“como la película Trainspotting”*. Felicité al paciente por la asociación realizada y por la cohesión estética que el público había captado de una representación que en un principio resultaba absurda. Me impresionó la comprensión artística que los pacientes poseían, percibía en ellos una sensibilidad especial con el arte y también con las tramas de comedia negra.

Segundo subgrupo

Los participantes pidieron poder apagar la luz del teatro para su representación. Me solicitaron dejar solo una luz tenue en el escenario y, con los tres móviles que teníamos los responsables de la actividad, hicieron juegos de luces para indicar el espacio. La escena comenzó con una silla vacía en el medio del escenario y los dos espacios laterales estaban delimitados por las linternas de los móviles. En ella, se encontraba sentado uno de los participantes. El actor hacía gestos silenciosos de abrocharse el cinturón de seguridad, de manipular unas luces imaginarias de su asiento y de abrir un libro. Así, denotando una posición relajada como de quien lee un libro, comienza la escena. Pronto, aparecieron, al costado derecho de su asiento, dos mujeres con tono de discusión. El diálogo, poco a poco, se volvió más claro y se escuchó que una le decía a la otra.

AZAFATA 1.- No sé qué hacer, vino esta repipi a decirme que tengo que subirla de inmediato a este vuelo. Le expliqué que estábamos *overbooking*.

AZAFATA 2.- ¿Qué vamos a hacer? ¿Quién se ha creído ésta? No puede imponerse así. (Se escuchaba la voz de la jefa que se encontraba detrás de una cortina pero con visibilidad a todo el público).

JEFA.- Os ordeno que subáis a esa mujer al avión. Es un pez gordo de una empresa y no quiero problemas.

AZAFATA 2.- Pero el avión está lleno. No nos atrevemos a decirle a nadie que se baje. (Entró en escena la mujer que quería ingresar al avión. Traspasó la puerta imaginaria de abordó).

MUJER IMPORTANTE.- Oiga, usted. Me tiene que dar su asiento. Tengo una reunión muy importante en Nueva York y no puedo faltar.

PASAJERO.- ¿Pero quién se ha creído? Yo también tengo una reunión importantísima. No pienso bajar de este vuelo.

MUJER IMPORTANTE .- Pero usted no sabe con quién habla.

(Las azafatas, desde atrás, intentaban controlar la escena y hablaban a todo el público rompiendo la cuarta pared.)

AZAFATAS.- Disculpen, ha habido una confusión con los pasajes de estos pasajeros. En momentos despegaremos. Mientras pueden disfrutar de nuestra selección de música.

La tensión empezaba a crecer. El hombre no quería bajar del avión, la mujer insistía. Había fricciones entre ellos.

PASAJERO.- Pero usted no sabe quién soy yo. Voy a otra reunión súper importante en Nueva York.

MUJER IMPORTANTE.- Te daré mil euros si te bajas.

El pasajero con gestos de sorpresa, finalmente, expresó:

PASAJERO.- ¡Vale!

En el momento del cambio de asiento, mientras el pasajero cogía sus maletas y la mujer importante se disponía a sentarse en el asiento comprado a precio de soborno, las azafatas anunciaron el despegue. Las azafatas dijeron que era tarde y que ya no podrían hacer los cambios convenidos. El avión estaba a punto de despegar y todos debían regresar a sus asientos. Los actores comenzaron a hacer gestos de tambalearse sobre el escenario, con creatividad movían las luces de los teléfonos móviles para lograr los efectos de la turbulencia.

PASAJERO.- Señora salga inmediatamente de mi asiento.

MUJER IMPORTANTE.- Sinvergüenza, ¿qué se ha creído? Ya le he pagado por este asiento y ahora es mío. Yo no me muevo de aquí.

PASAJERO.- Eso era antes, aquí tiene su sucio dinero. ¡Devuélvame el asiento!

Las azafatas con gestos de aflicción y cansancio por la situación, decidieron intervenir.

AZAFATA 1.- ¿Pueden decirme qué ha pasado aquí? Usted señora debe abandonar ese asiento, legalmente es del caballero. En la tarjeta de embarque figura su nombre y apellido.

PASAJERO.- ¡Eso! Este es mi asiento. Salga señora.

MUJER IMPORTANTE.- De eso nada señorita, he dado hace diez minutos dinero a este caballero por su asiento y el ha aceptado previamente la oferta. No soy yo la que debe abandonar el asiento, sino que debe ser él quien vaya a dormir con vosotras al pasillo.

JEFA.- ¿Pero qué sucede aquí? Caballero, ¿cómo no se ha bajado del avión ya? ¿Cristina? ¿Andrea? Os había pedido que os encargarais de esta situación. ¿Cómo la Sra. Peterson no tiene su asiento y tiene que lidiar con esta situación?

AZAFATA 2.- Disculpe, jefa. Llevábamos treinta minutos con esta situación, ya que el caballero se resistía a bajar del avión. Cuando por fin conseguimos que procediese a

bajar, el comandante dio orden de despegue y no fue posible que el pasajero abandone el vuelo.

AZAFATA 1.- Verdaderamente, no fue culpa del pasajero. La Sra. Peterson irrumpió y pretendió por medio de sobornos comprar el asiento asignado al caballero.

La azafata 2 miró, con nerviosismo, a su compañera por llevar la contraria a la jefa. El pasajero miró, con gestos de enamorado, a la azafata 1 por defenderlo de su jefa y de la Sra. Peterson.

MUJER IMPORTANTE.- Yo no sé como se atreve usted a hablarle así a su superiora. Vergüenza señorita.

JEFA.- Sra. Peterson, agradezco su comprensión pero al no haberse podido bajar el caballero del vuelo deberá entregarle su asiento y viajar con la cabina en los asientos de la tripulación.

MUJER IMPORTANTE.- *I can't understand, it is suck.*

La obra termina con la Sra. Peterson al final del avión acompañada por toda la tripulación en un asiento pequeño. El pasajero en su asiento y con la azafata 1 llevándole café.

Al acabar la obra, felicité a los pacientes por la representación. Si bien, conocía previamente la propuesta; me sorprendió el uso de las luces y del espacio. El texto que proponían requería un análisis de clase y de privilegios. Era la expresión del capitalismo y de los lugares comprados con dinero. La obra denunciaba la violencia estructural que ejercen las clases adineradas y la labilidad de quien puede ser comprado por unas monedas. Semanas antes en la sala había ocurrido una situación similar, en la cual una de las pacientes que se encontraba en tratamiento había recibido el alta repentinamente porque debía ingresar la hija de un alto cargo del gobierno. La propuesta de los pacientes era la expresión de los hilos invisibles que tiene el poder y el dinero en la accesibilidad a los lugares. El final romántico de la historia, permite religarnos a la ilusión y a la justicia.

Tercer subgrupo

Durante la construcción del guion, la coordinadora del subgrupo propuso al paciente, que había referido querer “ser polvo en el futuro”, a que participase como director de la obra. Este movimiento, que realizábamos con frecuencia con otros pacientes para poder lograr su participación en el espacio, había cobrado otros efectos en el joven. El paciente había tomado el poder y arrasado con la alteridad de los

compañeros. Había construido el guion con tal crueldad que los actores representaron la obra con tintes de angustia. El juego sádico, que denunciaba la tercera obra propuesta por los pacientes, permite ver que el dispositivo de la *tramoya* no consiste en el mero hecho de practicar teatro en el recinto hospitalario; sino que, por el contrario, el dispositivo *transclínico* puede ofrecer lecturas transversales para favorecer la construcción colectiva. El sujeto *transclínico* es un sujeto vincular que debe ser abordado sin estrategias uniformes. El obrar de la voluntaria se enmarcaba en el espíritu de libertad del espacio; sin embargo, la *transclínica* es una clínica ejercida desde las necesidades de cada caso y no desde premisas homogéneas.

La obra inicial consistía en una pareja de adolescentes donde el joven violaba a la novia y ella, por la desesperación del hecho, debía suicidarse. Luego, al novio le diagnosticaban cáncer y moría. Asimismo, el padre de la joven violada era un maltratador que había dejado sin un ojo a la madre. Este argumento inicial no era un depositario simbólico del malestar; sino que parecía, más bien, un despliegue sádico de lo pulsional. El relato era una expresión brutal de violencia ejercida sobre los cuerpos de los compañeros, articulada a través de una estrategia pseudo-simbólica. Cuando la obra se reprodujo en el teatro, los pacientes comenzaron a actuar espontáneamente y a “neurotizar” el guion original. El enfado del paciente fue grande cuando, a medida que avanzaba la actuación, su propuesta inicial era modificada inconscientemente por los actores. En la actuación, al enterarse la joven que el novio tenía cáncer se conmovía y se preocupaba por su presunto agresor. En esos momentos, detuve la obra y expresé que la actuación de los participantes era soberana. Necesitaba rescatar a los compañeros del relato tanático propuesto por el paciente. Advertí que la emocionalidad, que se había despertado entre ellos en la actuación, los salvaba de la destrucción que el joven director quería ejercer sobre los cuerpos. El paciente con enfado refirió que la obra representada no era lo que él había propuesto. Fue en ese punto que comprendí la necesidad de que la dirección contara con un conocimiento de psicopatología psicoanalítica para poder comprender los mecanismos pulsionales que se activan en los modos vinculares.

Conclusiones parciales de la séptima escena

En esta escena pudo verse como el andamiaje del teatro, una vez más, permitía ejercer una clínica responsable. La posibilidad de poner un límite al modo singular de

gozar del paciente, facilitaba la acción de alojar la subjetividad de los compañeros. Desmontar la exigencia de sucumbir al sometimiento del otro, dotar al actor de voz propia frente al texto. Este límite, que pude establecer dentro de los vínculos invisibles del grupo, me evocó al análisis de Eduardo Pérez-Rasilla:

El *veneno del teatro*, de R. Sirera, texto que adquirió un notable éxito en los ochenta, interpretado por José María Rodero y Manuel Galiana, reflexionaba teatralmente sobre este problema de la veracidad de la actuación. Un viejo aristócrata invita a su casa a un actor de prestigio, pero lo que parecería un honor para el cómico se convertirá en una sucesión de trampas, desde el disfraz de criado adoptado por el aristócrata para engañar e incluso humillar al actor, hasta la invitación a que éste represente un texto sobre la muerte de Sócrates. Tras obligar al actor a ejecutar varias veces esa muerte, el aristócrata sentencia que su interpretación siempre resulta fingida, puesto que quien la realiza sabe que no está muriendo. Por ello, y tras un último engaño, el actor representará la única verdad: su muerte real, tras ingerir un veneno que el aristócrata le ha proporcionado, haciéndole creer inicialmente que se trataba de un antídoto contra un veneno supuesto. Así, sólo cuando el actor ejecute su propia muerte será capaz de conseguir una actuación veraz, esa función única e irrepetible que simboliza el teatro. Es significativo que su supuesta escena alterase el final previsto en el texto y la representación de la muerte fuese un juego más, sin consecuencias, en vez de ser un hecho real y definitivo. El texto había combinado sabiamente la reflexión, la sátira y la metáfora sobre la actuación, sobre esa escritura escénica irrepetible del actor sobre las tablas para ese espectador único que somos cada uno de nosotros cuando asistimos a una función teatral.²⁸⁸

En términos generales, el actor suele estar en conocimiento de lo que le va a suceder en la obra. Domina el final porque sabe que la acción es simbólica y que, luego de la representación, volverá a casa con la fatiga de haber dejado algo de lo trágico en el escenario. Sin embargo, si en el escenario sucedieran hechos reales, el efecto catártico del teatro se vería alterado. La propuesta del aristócrata denunciaba el abuso de poder que se puede establecer en la dirección o en el texto. Pensar que el actor es un mero intérprete de las apetencias del director o del dramaturgo es establecer un juego de poder que vulnera la autonomía y la integridad del actor. Que el

²⁸⁸ Pérez-Rasilla, “El lenguaje de la puesta en escena el texto teatral”, 199.

actor tenga voz dentro de la construcción dramática es convertirlo en un sujeto-deseante para abandonar una posición de objeto.

Octava escena: “Figuras retóricas”

Esta escena se desarrolló, en enero de 2018, en el teatro de un hospital público de Madrid. En ella se trabajó con ejercicios lingüísticos para estimular los modos de expresión y velocidad del pensamiento, por eso llamé a esta escena: *figuras retóricas*. En esta sesión de teatro, participaron nueve pacientes ingresados en psiquiatría con edades comprendidas entre los 8 y los 16 años. En el grupo había un solo participante varón. Se realizó la presentación de cada uno de los participantes según el nombre y la edad. Me presenté como psicóloga, expliqué el espacio y mi función como investigadora externa en el hospital. En esta sesión asistieron una voluntaria de la Asociación Creeando, Eva Maestre Casas como directora de la Asociación Creeando y la jefa del servicio de Atención al Paciente del Hospital. El espacio fue creciendo en visibilidad; pero, también, en dificultad institucional. Comenzaron a gestarse intereses partidarios en los servicios que pretendían absorber el proyecto para su regulación. A pesar de estas disputas internas, el dispositivo de la *tramoya* pudo preservar su espíritu libre y auto-gestionado.

Caldeamiento

Ese día los participantes se mostraron cansados y con cierta dificultad para la toma de contacto. Destaquemos que el horario de la actividad era en el momento en que los pacientes solían hacer el reposo. Fue, entonces, cuando recordé un caldeamiento de la psicodramatista María Elena Garavelli. El ejercicio consistía en colocarse en círculo para poder jugar al juego “*Bang, bing, bung*”. Donde bang es disparar; bing es pasarle el disparo al que está a mi lado y bung es devolver el disparo. Este era un juego de atención-coordinación que permitía preparar el cuerpo para la acción dramática. Se propuso un segundo juego, también de Garavelli, “*—¿Puedo? —Sí*”. Este ejercicio comprometía un poco más a los participantes, ya que debían realizar un desplazamiento corporal. El juego consistía en preguntar a un participante del grupo si podía ocupar su lugar, éste debía responder “*sí*”, pero en ese momento debía tener la habilidad para preguntarle a otro compañero si podía ocupar su lugar antes de que llegue el primer participante. Dije: “*Estamos en un círculo y uno pregunta a su compañero si puede ocupar su lugar. El compañero debe decir siempre “sí”, porque en teatro debemos estar preparados para alojar la acción del otro*”. La segunda fase del ejercicio consistía en realizar los movimientos sin palabras, solo se

preguntaría a través de la mirada. Así, la atención y la velocidad de reacción eran estimuladas para poder preparar el cuerpo para la actuación.

Caldeamiento específico

Por las lecturas que me acompañaban en ese momento, decidí enfatizar el uso del lenguaje y la capacidad creativa de los actores a través del trabajo con figuras retóricas. En un principio, el objetivo *transclínico* era ofrecer un lugar seguro en el cual pudieran florecer las emociones sin ser coaccionadas. Pero, a medida que se avanzaba en la propuesta, se advirtió la necesidad de ejercitar a los participantes en el pensamiento y en el ejercicio retórico. Fue, entonces, cuando me aventuré a proponer un ejercicio que incluyera estructuras lingüísticas. De esta manera, el texto oral que emergía de la instancia experiencial y del trabajo emocional de los participantes, podría valerse de las lógicas de la escritura. El trabajo que ideé con figuras retóricas no lo había visto anteriormente; fue un laboratorio nuevo para mí. Fue un experimento sin experiencia. Era un enigma hasta ese momento saber cuánto sabían los pacientes de figuras retóricas. Les ofrecí a los participantes la siguiente consigna: “¿Sabéis qué son las figuras retóricas? Trabajaremos con ellas y construiremos textos.” Al ver que algunos de los participantes no sabían de lo que hablaba, les expliqué: “Son figuras literarias no convencionales que emplean algunas particularidades de sonido y de significado, las cuales acaban por ser muy expresivas. Son utilizadas como recursos en la literatura. Por ejemplo: el calambur es agrupar las sílabas de una palabra para que signifique otra cosa: No sea burra/ No se aburra” Los participantes rieron, algunos recordaron haber estudiado estas expresiones en el colegio. “Vamos a jugar pensando calambures. Os vais a ubicar enfrentados en el escenario y vais a ir diciendo un calambur mientras camináis al otro lado”. Sabía que pensar calambures requería de un momento de reflexión y de pensamiento que entorpecía, en un primer momento, el ritmo de los cuerpos. Rápidamente, comprendí que en el entrenamiento actoral resultaba imprescindible que el actor aprendiera a pensar a la vez que a moverse. Si bien, a los participantes les costó esta actividad, ya que requería altos grados de concentración; pudieron hacer el ejercicio y repasar la consigna entre ellos. Si alguno se equivocaba o confundía de figura retórica, el compañero volvía a explicar la consigna. No hizo falta mi intervención; sino que, por el contrario, el grupo se autorreguló desde la motivación del ejercicio. Los participantes mayores ayudaron a los

más pequeños. Por mi parte, alentaba a los pacientes a no apresurarse en realizar la acción; sino a tomar consciencia de lo que estaban construyendo con la palabra.

Ejercicio de calambur:

- Participante 1: “*Plátano es/ plata no es*”
- Participante 2: “*Mar adentro/ Marad entró*”
- Participante 3: “*Vengo ya/ Ven Goya*”
- Participante 4: “*Ama antes/ amantes*”
- Participante 5: “*Esteban Quito/ este banquito*”
- Participante 6: “*solo pera/ Sol Ópera*”
- Participante 7: “*Pescanova/ Pesca no va*”
- Participante 8: “*Delirio/ de lirio*”
- Participante 9: “*Bebedor mío/ bebé dormio*”

Advertí que este ejercicio introducía una nueva forma de concebir el entrenamiento actoral. En las sesiones de los años anteriores, había primado el trabajo con las emociones, la empatía con el público y el manejo de la cuarta pared. Sin embargo, esta sesión inauguraba otra forma de voluntad política, al concebir al actor no como un reproductor de textos; sino como un agente capaz de escribir, interpretar y dirigir la escena. El trabajo con las estructuras lógicas de la lengua; si bien, ralentizaba el entrenamiento corporal, fomentaba la calistenia mental en el sujeto *transclínico*. Como bien dice Declan Donnellan:

Todo pensamiento posee una cualidad muy particular para el actor, y es que todo pensamiento se interrumpe. Nunca obtenemos un pensamiento de la nada. Y siempre tenemos un pensamiento. Un humano no puede estar al mismo tiempo consciente y literalmente sin pensamiento. Cada nuevo pensamiento nos obliga a descartar un pensamiento viejo, un pensamiento que, a su vez, será expulsado de nuestra atención por un pensamiento aún “mejor”, empujando hasta colocarse en su posición. Los pensamientos son ambiciosos y continuamente se dan codazos entre sí para quitarse de en medio; dos pensamientos no son nunca iguales.²⁸⁹

De esta manera, es imprescindible trabajar no solo en la destreza corporal; sino también en la creatividad mental. El actor debe entrenar su habilidad para construir textos. No se debe negar la emergencia de los pensamientos, ya que estos suceden a la

²⁸⁹ Donnellan, *El actor y la diana*, 158.

vez que el actor circula con su cuerpo. Lo que debe favorecer el entrenamiento actoral es la capacidad de conducir el pensamiento por las vías de lo orgánico. El pensamiento debe integrarse en la acción dramática; en ello consiste la dramaturgia del actor.

Seguimos con la actividad y propuse continuar con la ironía: *“Ahora vais a decir una ironía. ¿Sabéis qué es una ironía? La ironía es una expresión que consiste en decir lo contrario de lo que se quiere dar a entender. Para ello se utiliza un tono distinto, por ejemplo: cuando vuestra madre dice “¡Anda! Vienes guapo hoy”, en vez de deciros “que os acabáis de levantar y que, aún, no os habéis lavado la cara”. El tono permite que una palabra pueda significar lo contrario”*. Una de las participantes dijo: *“yo creo que usamos mucho la ironía. No sabía que fuera una forma retórica”*.

Ejercicio de ironía:

- Participante 1: *“Amo estar aquí ingresada”*
- Participante 2: *“¡Qué mala eres!”*
- Participante 3: *“¡Qué fácil es este juego!”*
- Participante 4: *“Qué lindo es ir a la escuela y estudiar”*
- Participante 5: *“Odio ir de viaje”*
- Participante 6: *“No siento nada de vergüenza al jugar a esto”*
- Participante 7: *“¡Qué poco nos dan de comer!”*
- Participante 8: *“¡Qué fea eres!”*
- Participante 9: *“No hace frío en esta sala”*

Continuamos con la experiencia de crear fórmulas que respondiesen a estructuras del lenguaje, las cuales brindan color y ritmo a la comunicación. Dije: *“Ahora vais a expresar una pregunta retórica. Este tipo de pregunta se formula sin esperar una respuesta, con la finalidad de reafirmar mi propio punto de vista. Por ejemplo: ¿Cuándo acabará el invierno? El que pronuncia esta frase no pretende una respuesta, más bien expresa su anhelo de entrar en primavera. De esta manera, vais a decir una pregunta retórica mientras camináis hacia el otro extremo.”*

Ejercicio de pregunta retórica:

- Participante 1: *“¿Por qué habré dormido tan mal?”*
- Participante 2: *“¿Por qué me he despertado por la noche?”*
- Participante 3: *“¡Hombre! ¿Ya están aquí?”*

- Participante 4: “¿Por qué no he ido hoy a clase?”
- Participante 5: “¿Cómo se pondrá esto?”
- Participante 6: “¿Para qué sirve esto?”
- Participante 7: “¿Yo no debería estar ahí?”
- Participante 8: “¿Dónde estará mi móvil?”
- Participante 9: “¿Cuánto tiempo llevamos haciendo esto?”

Los participantes comenzaron a mostrar mayor agilidad en el pensamiento y mayor capacidad para dar respuestas. Sin embargo, se percibía que había una disminución de la expresividad corporal. El traslado, de un lado a otro, se convirtió en una marcha acelerada sin matices expresivos. Lo racional había capturado la energía, la necesidad de pensar la respuesta con velocidad había empobrecido los gestos de los actores. Dice Declan Donnellan: “*Las palabras hacen lo opuesto a dar expresión. En realidad, las palabras niegan la expresión. Y cuanto más suben las apuestas, más tienden las palabras a estrangular el sentimiento*”.²⁹⁰ Es innegable lo expresado por Donnellan, pero considero que en eso consiste la magia del lenguaje: en que las palabras no agotan el sentir. Por este motivo, llevamos siglos hablando y definiendo al amor. El sentir es subjetivo y circunstancial. Lo sublime del lenguaje es que las palabras no aprehenden toda la realidad; sino que la contornean. Las palabras, solamente, crean la ilusión de contener la realidad. El primer verso del poema el Golem de Borges dice:

Si (como afirma el griego en el Cratilo)
el nombre es arquetipo de la cosa
en las letras de 'rosa' está la rosa
y todo el Nilo en la palabra 'Nilo'.²⁹¹

La belleza de este ejemplo es la imposibilidad de Borges de abarcar el Nilo en cuatro caracteres. Con esto no pretendo abrir el debate saussuriano; sino permitir un espacio *transclínico* donde la palabra aparezca como instancia racional que organiza. En el mundo posmoderno, se prioriza lo emocional. En las escuelas se intenta enseñar con definiciones qué es una emoción y qué es un sentimiento. Este intento didáctico

²⁹⁰ Donnellan, *El actor y la diana*, 156.

²⁹¹ Jorge Luis Borges, “Poema el Golem”, en *El otro, el mismo*, (Buenos Aires: ed. digital Titivillus, 1964), 33.

muchas veces fracasa porque no presta palabras a los alumnos para expresar el mundo interno; sino más bien se pretende esquematizar y encasillar las emociones para comprenderlas. De esta manera, en un mundo que incita a sentir y a experimentar, es necesario ofrecer una estructura lo suficientemente dinámica y elástica para poder contener la emocionalidad del sujeto. Si bien, las palabras no pueden contener los sentimientos, les permiten un marco de habitabilidad. Considero que si deseamos enseñar a las nuevas generaciones a sentir y a emocionarse; primero debemos prestar palabras para que el sujeto-parlante pueda apropiarse de sus experiencias. De lo contrario, viviríamos en un consumo efímero de experiencias y de emociones que no se cristalizan en una historia contada subjetivamente; sino en una metonimia de vivencias que no impactan en el sujeto.

Les recité el verso de Jorge Luis Borges y les expliqué que las palabras no contienen todo nuestro sentir. Pero que nos proporcionan énfasis para transmitir lo que nos sucede. *“Hay palabras que su organización fónica nos permiten evocar el hecho que acaba de suceder. Las onomatopeyas son palabras que imitan o recrean el sonido de lo nombrado. Son recursos expresivos capaces de condensar una idea en pocas letras. Por ejemplo, cuando tengo asco solo con decir “¡puaj!” mi interlocutor sabe que me acaba de ocurrir un hecho desagradable”.*

Ejercicio de onomatopeya:

- Participante 1: “¡Ay!”
- Participante 2: “Miau”
- Participante 3: “¡Ah qué calor!”
- Participante 4: “Shhh, silencio”
- Participante 5: “Puf”
- Participante 6: “¡Auch!”
- Participante 7: “Tic-tac”
- Participante 8: “Pío, pío, pío”
- Participante 9: “¡chin-chin!”

Tenía la intención de experimentar con nueve figuras retóricas, para que cada participante pudiera trabajar con una de ellas durante la construcción del guion. Por este motivo, planteo cinco figuras más: la perífrasis, la personificación, el pleonismo, el oxímoron y la metáfora. Así, para continuar con el entrenamiento dije: *“Ahora vais a jugar con una figura literaria que utilizamos mucho, la perífrasis. Esta figura*

permite hacer referencia a una persona, animal o cosa sin ser mencionados. Es el rodeo que se realiza para hablar de un determinado sustantivo. Por ejemplo, cuando digo “el rey de la selva” sabemos que nos referimos al león. Estas formas nos permiten jugar y reírnos. No solo pueden dotar de belleza a nuestra forma de hablar, sino también de misterio. Si estoy en clase con mi amiga y se aproxima a la pizarra la persona que me gusta, en vez de decir su nombre puedo utilizar una perífrasis: “Acaba de ponerse en pie, aquel por el que cada día te levantas”. Estos modos de hablar pueden ayudarnos a tejer discursos con mayor belleza”. Una de las participantes, con gestos de sorpresa, dijo: “Cecilia, esta figura la usamos mucho. Nunca queremos decir que viene Victoria la enfermera, entonces, decimos “ahí viene la que roba privilegios”. Ella nunca supo nada”. Los nueve participantes rieron cuando escucharon esa anécdota. El ejercicio se convirtió en un juego de adivinanzas:

Ejercicio de perífrasis::

- Participante 1: “El mejor amigo del hombre”
- Todos: “¡El perro!”
- Participante 2: “El jefe de gobierno del Estado Español”

No todos sabían esa respuesta, algunos contestaron el rey y otros el presidente. Entre ellos se aclararon las dudas. Fue una situación interesante porque en el grupo habían tres pacientes de otras nacionalidades.

- Participante 3: “la plaza del kilómetro cero”
- Todos: “Sol”
- Participante 4: “la persona que me dio la vida”
- Todos: “tu madre”
- Participante 5: “el lugar dónde nos curan”
- Todos: “el hospital”
- Participante 6: “la que siempre llega tarde”
- Todos: “Mar, la psiquiatra de la mañana”, (risas).
- Participante 7: “el padre de mi padre”
- Todos: “tu abuelo”
- Participante 8: “la época de los villancicos”
- Todos: “navidad”
- Participante 9: “la voz más dulce”
- Todos: “la de Elena” (una de las participantes).

En este ejercicio, se percibió a los pacientes más relajados y alegres. Habían utilizado códigos de su cultura de ingreso pero también códigos que correspondían al país que habitaban. Espontáneamente, comenzaban a hacer chistes entre ellos y a establecer diálogos.

“Ahora vais a pensar y representar la figura retórica de la personificación. Me preguntarán qué es esto. Bien, la personificación es atribuirle a un animal o cosa las características propias del ser humano. Por ejemplo: El teléfono inteligente, la rueda de la felicidad, la luna misteriosa, etc.” El único participante varón expresó: *“esas frases las utilizamos siempre, no sabía que eran formas de personificación. Nunca había reparado en que solo existieran adjetivos atribuidos a los humanos”*. Les expliqué que estamos acostumbrados a utilizar la personificación en nuestras vidas, los dibujos animados constantemente están utilizando esta figura para caracterizar a ratones, espejos, coches o esponjas. *“Es un recurso empleado con mucha frecuencia. Hemos humanizado el mundo que nos rodea y esto nos permite empatizar con mayor facilidad con otredades no humanas”*, les dije. Sabía que lo que estaba diciendo llevaba a espacios éticos que requerían ser tratados con calma. Confié en que, en un futuro, las historias singulares de los pacientes se preguntarían por las otredades. No obstante, debo confesar que la sorpresa del participante me llevó a pensar en la función didáctica de la sesión, cómo los participantes estaban aprendiendo más allá de la diversión. Estos ejercicios les permitían una nueva forma de consciencia al comunicar. Adquirir destreza en el manejo del lenguaje, organiza de otra forma los canales de comunicación.

Ejercicio de personificación::

- Participante 1: *“El grillo que canta”*
- Participante 2: *“El cielo que llora”*
- Participante 3: *“La mosca que grita”*
- Participante 4: *“El perro que ríe”*
- Participante 5: *“La casa feliz”*
- Participante 6: *“La esquina triste”*
- Participante 7: *“El hospital que sufre”*
- Participante 8: *“La ardilla inteligente”*
- Participante 9: *“El sol que habla”*

Les propuse continuar con el ejercicio, pero esta vez con un mayor compromiso

corporal. Advertí que había ejercicios que requerían mayor concentración que otros. Por este motivo, fui intercalando el grado de dificultad de ellos para poder mantener el clima de la sesión. *“Utilizaremos otra figura retórica: el pleonismo. Es cuando en nuestro lenguaje coloquial repetimos el significado de lo que queremos decir, por ejemplo: sube para arriba, baja para abajo”*. Los participantes rieron y expresaron que siempre tienen a sus padres corrigiéndoles. *“ Recordad que mientras caminéis por el escenario, tendréis que representar lo que estáis diciendo ”*

Ejercicio de pleonismo:

- Participante 1: *“gira con un giro”*
- Participante 2: *“el caminante camina”*
- Participante 3: *“come la comida”*
- Participante 4: *“bebe la bebida”*
- Participante 5: *“canta una canción”*
- Participante 6: *“vuela alto”*
- Participante 7: *“susurra bajo al oído”*
- Participante 8: *“brinca con saltos de alegría”*
- Participante 9: *“el buzo bucea”*

Este ejercicio les resultó más sencillo y se observó mayor energía corporal en la representación. *“Lo habéis hecho fenomenal. La siguiente figura retórica es el oxímoron. Esta forma literaria es muy bonita, ya que se construye por términos que significan lo contrario. Por ejemplo: “helado fuego”, puede evocar a una puesta de sol en la Antártida. Son términos que juntos crean un significado nuevo e integrado”*.

Ejercicio de oxímoron:

- Participante 1: *“vida muerta”*
- Participante 2: *“oscura claridad”*
- Participante 3: *“deforme forma”*
- Participante 4: *“feliz pesadilla”*
- Participante 5: *“libre ingreso”*
- Participante 6: *“música muda”*
- Participante 7: *“valiente cobardía”*
- Participante 8: *“bella fealdad”*
- Participante 9: *“silencio ruidoso”*

Los participantes habían creado unas figuras bellísimas y habían acompañado su expresión oral con movimientos suaves. El oxímoron hacía que la presencia de los

participantes en el escenario fuera poética. Se percibía a los participantes entusiasmados, siendo capaces de crear frases elocuentes. Finalmente, les propuse trabajar con la metáfora. Si bien, esta figura era por todos conocida tenía cierta complejidad de formulación.

Ejercicio de metáfora:

- Participante 1: *“El aliento de tu cabello rubio cuando caminas”*
- Participante 2: *“El aroma de tus pasos al caminar”*
- Participante 3: *“Dorado amanecer nos robáis”*
- Participante 4: *“Las golondrinas se acercan por la mañana”*
- Participante 5: *“Gotas de vida”*
- Participante 6: *“La venganza se sirve en plato frío”*
- Participante 7: *“Las perlas de tu boca”*
- Participante 8: *“Los gritos de la lluvia”*
- Participante 9: *“La música de la mañana”*.

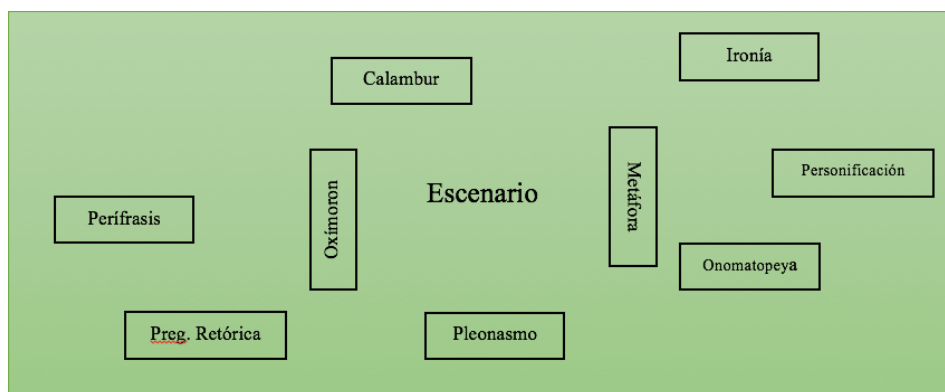
Construcción del guion

Después de haber trabajado con estructuras lingüísticas y haber entrenado la velocidad de respuesta, les propuse a los participantes construir un guion a partir de ellas. A cada uno le correspondería una figura retórica para tejer un texto grupal:

- Participante 1: *calambur*
- Participante 2: *ironía*
- Participante 3: *pregunta retórica*
- Participante 4: *onomatopeya*
- Participante 5: *perífrasis*
- Participante 6: *personificación*
- Participante 7: *pleonismo*
- Participante 8: *oxímoron*
- Participante 9: *metáfora*

Confiaba que el entrenamiento previo, en el cual habíamos invertido cuarenta minutos, proporcionara dinamismo al guion. En esta nueva apuesta, el texto no se construiría previamente para luego ser representado; sino que, por el contrario, el guion sería una construcción espontánea, colectiva y experimental según los andamios de las lógicas lingüísticas. Así, fue que les sugerí colocar nueve sillas en el escenario,

las cuales debían estar distribuidas de tal forma que pudieran ocupar todo el espacio. Cada silla correspondería a una figura retórica que ellos debían encarnar. Cuando los participantes se ubicaron, se podía vislumbrar la composición de la locación; en ese momento, se me ocurrió jugar con un elemento propio del teatro griego: el coro. Entonces, les propuse colocar al oxímoron y a la metáfora enfrentados.



Img 9: esquema que representa la distribución de los participantes en el escenario.

En estas figuras centrales recaerían los diálogos de los protagonistas; mientras que el resto de los participantes serían el coro. Les dije: *“Habéis colocado las sillas de forma armónica y con la suficiente distancia para que el público os pudiera ver a todos. Ahora vais a colocar la silla del oxímoron y de la metáfora enfrentadas. Vosotros seréis los protagonistas de la obra, el resto representaréis a un coro griego. El coro griego en la tragedia tenía la función de narrar la historia buscando la empatía y la verdad con el público. Era una voz que narraba las hazañas, proezas y desatinos del protagonista.”* Les expliqué sobre la posición privilegiada del coro, el cual establece un paréntesis en la continuidad de la obra. Es un espacio que inaugura otra temporalidad en la narrativa, otra aproximación al público. En el *Nacimiento de la Tragedia*, Friedrich Nietzsche explica las funciones del coro griego y su importancia en la evolución del teatro como psicagogia del mundo helénico. El coro como mixtura de lo divino con lo humano, como mensaje que avisa.

En esta situación de completo servicio al dios el coro es, sin embargo, la expresión suprema, es decir, dionisiaca de la naturaleza, y por ello, al igual que ésta, pronuncia en su entusiasmo oráculos y sentencias de sabiduría: por ser el coro que participa del sufrimiento es a la vez el coro sabio, que proclama la verdad desde el corazón del mundo. Así es como surge aquella figura fantasmagórica, que parece tan escandalosa, del sátiro sabio y entusiasmado, que es a la vez el “hombre tonto” en contraposición

al dios: reflejo de la naturaleza y de sus instintos más fuertes, más aún, símbolo de la misma, y a la vez pregonero de su sabiduría y de su arte: músico, poeta, bailarín, visionario en una sola persona.²⁹²

“Entre todos vais a construir un texto grupal, desde el rol que os fue asignado. Por ejemplo, la actriz que encarna el oxímoron construirá un texto desde un personaje con contradicciones; mientras que la actriz que encarna la metáfora organizará un personaje que habla con formas no directas. Ambos sois los protagonistas y vais a construir una historia. Yo os indicaré cuando aparecerá el coro, el cual establecerá un paréntesis para narrar los sucesos de los protagonistas. Coro no significa necesariamente cantar, sino narrar de forma lírica o recitada los acontecimientos de la obra. No habrá un orden de intervención. ¿Se entiende?” Los participantes respondieron que sí; temía de que los objetivos que establecía fueran muy complejos para pacientes pediátricos. Sin embargo, mi sorpresa fue infinita.

Puesta en escena y texto

Los participantes ocuparon sus sillas. Apagué las luces del teatro para enfatizar su presencia en el escenario. La imagen de ellos con sus pijamas azules organizaba un conjunto estético que resaltaba el juego coral. El coro comenzó con la construcción del texto.

Obra 1

(Coro)

IRONÍA.- Pero si hace un calor que te mueres.

PREGUNTA RETÓRICA.- ¿Quién habrá bajado la calefacción?

ONOMATOPEYA.- ¡Achís!

CALAMBUR.- Aire del norte /¡ah! iré del norte

PERÍFRASIS.- Estamos justo aquí, en el polo donde vive Papá Noel.

PERSONIFICACIÓN.- ¡Dónde está el reno Rodolfo!

PLEONASMO.- El reno que sube arriba con su nariz roja y baja abajo con sus cuernos marrones.

ONOMATOPEYA.- ¡Achís!, (volvió a decir la onomatopeya).

²⁹² Nietzsche, *El nacimiento de la tragedia*, 86.

En esa primera aproximación, se produjo una interrupción porque vinieron a buscar a uno de los participantes, quien se tenía que ir de permiso porque era su cumpleaños. Se interrumpió la escena y todos cantaron el cumpleaños feliz.

Felicité a los participantes por este primer ensayo, *“Lo estáis haciendo fenomenal, se percibe que estáis tejiendo la trama entre todos. Como os expliqué, el coro nos introducirá en el lugar donde sucede la escena. Luego, os indicaré cuando detener el relato del coro para que las protagonistas puedan comenzar con su relato.”*

Luego de despedir a su compañero, se sentaron todas de nuevo en su sitio y quitaron la silla del calambur. Comenzó nuevamente el coro.

Obra 2

(Coro)

IRONÍA.- ¡Me encanta México! Con este frío maravilloso que nos permite salir a la calle a cualquier hora.

ONOMATOPEYA.- ¡Ay! No me pegues. Siempre terminas por darme unos golpecitos en los pies que me producen mucho dolor.

PREGUNTA RETÓRICA.- ¿Quién se estará quejando ahora?

PERÍFRASIS.- La joven de cabellera rubia recién tintada en la peluquería de Miguel.

PLEONASMO.- ¿A qué vine lo de Miguel? ¿No veis lo que estamos viendo?

ONOMATOPEYA.- ¡Eso! parece que nadie se da cuenta del maravilloso lugar a donde vinimos de excursión. Antes estabais todo el día en el ingreso diciendo: *“tic-tac, tic-tac ¿cuándo me daréis el alta para poder ser libre?”*.

PERSONIFICACIÓN.- Es verdad, hay una enchilada que me está llamando.

PREGUNTA RETÓRICA.- Ashley me estas quitando el sol. ¿Alguien se ha dado cuenta de que me tengo que poner morena en menos de un día para esta noche salir con mi vestido espalda al aire? (Respiró profundo).

Corté la escena y les pedí a los protagonistas que construyan un diálogo.

(Protagonistas)

METÁFORA.- Mira Antonio, yo vine a México solo por ti. Pero ahora te veo que ni sientes ni padeces. Solo veo una esfinge egipcia que me mira con aburrimiento.

OXÍMORON. - Vamos a ver Claudia... Yo no sé lo que estás viendo. Vine con mi alegría triste, porque es el primer año que paso mi cumpleaños sin mis padres.

METÁFORA.- Antonio, de verdad, todo el día te quejas. ¿Cuándo saldrá el pollo del cascarón? Desde que nos conocimos, me diste mil excusas para poder continuar con tu rutina de chico soltero que trabaja en la sanidad.

OXÍMORON. - ¡Nunca supe qué me estás diciendo! Siempre con tu medias tintas, con tu oscura claridad. Yo no sé lo que quieres Claudia. Organizaste este viaje con las niñas del hospital, porque considerabas que iba a ser positivo para ellas venir a un sitio con playas después del ingreso. Vendimos rifas, organizamos torneos, hicimos camisetas... todo para pagar este viaje. ¿Y ahora me dices esto?

METÁFORA.- “No sé qué decir”, dijo la participante agotada. Le indiqué con gestos que la frase era perfecta para el guion. Detuve la escena y pedí al coro que volviera a intervenir.

(Coro)

PLEONASMO. - Ay el doctor... lo estuve ayer observando con mis ojos y me quedé embobada, se me caía la baba de la boca.

PERÍFRASIS.- ¿Te refieres al novio de Claudia?

PREGUNTA RETÓRICA.- Es guapísimo. ¿Hay alguna chica que no le parezca lindo el doctor?

ONOMATOPEYA. – Ese doctor, que parece un personaje de novela latinoamericana barata. Qué rabia me da cuando entra en la sala y se hace el simpático. ¡Grr!

PERSONIFICACIÓN.- Espera un segundo, no hables en presente. Ahora estamos en la playa y no vamos a volver nunca más a la sala triste. Vinimos aquí porque somos el grupo de chicas que más esfuerzos hizo. Pero estoy de acuerdo contigo, el doctor es como un cantante *kitsch*.

PREGUNTA RETÓRICA.- Ahora que lo dicen, ¿Qué le verá mi psiquiatra Claudia?

IRONÍA.-A mí no me gusta para nada el doctor.

ONOMATOPEYA.- ¡zaz! Te pillé, a ti te gusta Antonio y has convencido a Claudia para que organice todo este viaje. ¡Puf! De eso hablabais tanto en tu terapia, le mentiste todo este tiempo para poder viajar con Antonio después del alta y robárselo a ella.

CORO.- ¡¡No!!

IRONÍA.- De ninguna manera, dijo riendo.

Corté otra vez la escena y les pedí a los protagonistas que profundizaran en la escena.

METÁFORA.- Tengo un océano en mis ojos. No sé como llamar tu atención, he intentado todo para estar a tu lado y solo obtengo rechazos. No te comprendo Antonio.

OXÍMORON.- Me hablas así y me provoca una valiente cobardía. Yo nunca estuve enamorado Claudia. No buscaba el amor, luego llegaste ese día al hospital y me preguntaste dónde era la sala de reuniones. Nunca había visto tanta alegría en una médica. Me pareciste muy guapa, pero luego me sentí asfixiado de verte todos los días en la sala y en el salón de mi casa.

METÁFORA.- Lo siento, qué vergüenza. No sabía que me percibías así. Siempre sonríes con las perlas de tu boca, pero nunca me contaste como te sentías de verdad. Ya no te molestaré, haré mis maletas.

Desde abajo del escenario, les indiqué que hicieran un breve silencio. Luego de esa pausa, retomaron.

OXÍMORON.- Perdóname, Claudia. Soy un niño adulto.

METÁFORA.- No te preocupes, son inútiles los esfuerzos de quien ama. Adiós.

Corté por ultima vez la escena y pedí al coro que concluyera la obra sin diálogos entre ellos sino con un mensaje al público.

PLEONASMO.- Los médicos nos medican, los médicos no se medican.

IRONÍA.- Ahora que es todo para mí, me siento triste.

ONOMATOPEYA.- Ring, ring, ring ¿Hola? ¿Si? Quería con la agencia de viajes para hacer un cambio en mi billete de regreso.

PREGUNTA RETÓRICA.- ¿Qué tiene México que nos muestra la verdad?

PERÍFRASIS.- El país de las enchiladas nos quitó el fuego

PERSONIFICACIÓN.- Quizás ahora, con la verdad, la sala triste no sea tan triste. Quizás ahora, con la verdad mi psiquiatra no mendigue amor y nos enseñe a no hacerlo.

Impactada por la obra que acababa de presenciar, pedí al coro que entonasen las frases finales todas a la vez. El ruido del coro fue aumentando hasta que se hizo el silencio. Quienes estábamos en la sala aplaudimos porque habíamos sido testigos de una construcción magistral de guion realizada por participantes entre 8 a 16 años. No tuve tiempo para expresar mis felicitaciones y mi gratitud por el trabajo que habían realizado, tuvimos que abandonar el teatro con prisa porque llevábamos veinte minutos de retraso.

Estaba sorprendida por la construcción grupal del texto y la integración de las consignas con elementos de la realidad. Comprendí que esta nueva forma de intervenir

había sido posible gracias a los descubrimientos realizados, durante los años de trabajo de campo con población de pacientes pediátricos ingresados en psiquiatría. Finalmente, esta sesión evidenciaba la estructura ofrecida por la *tramoya* para contener las subjetividades y “textualidades” de los pacientes. En palabras de Pérez-Rasilla,

La calidad y la intención del espectáculo son ya exigencias irrenunciables en las salas teatrales. No es difícil recordar muchas soluciones brillantes, consecuencia de otros tantos modos de interpretar el texto teatral por parte de los grandes directores de escena y de un talento personal, que hace del espectáculo algo tan propio e inconfundible al menos como la pertenencia del texto al autor literario-dramático. La historia del teatro era ya la historia de los textos, la historia de los actores y la historia de la recepción de los espectáculos por el público. Desde hace un siglo largo es también la historia de los directores de escena.²⁹³

En lo manifiesto, los participantes habían podido representar parte de la cultura institucional y las formas de vincularse con los tratamientos. El texto revelaba, en lo latente, los intentos de engañar a los profesionales y obtener supuestos beneficios. También, lo fatídico de no poder disfrutar de espacios más amables, como ser un viaje de “fin de ingreso”. Todo acababa empañado por los hilos de la manipulación. Se tejía el amor, el engaño y las horas extras, que los profesionales sacrifican para poder brindar un plus en la atención. La obra era realista y trágica. La personificación que logró el coro, como grupo de pacientes, ofrecía belleza a la escena. Los pijamas brindaban una imagen uniforme compartida con los profesionales, a quienes solo se los podía reconocer por el giro de las sillas. Esa co-creación que se estableció con los participantes me llevó a comprender la influencia que tiene el director de escena. Hasta ese momento, me había sentido un elemento externo de las sesiones. En esa sesión ocurrió algo inesperado, dejé de ser investigadora que ofrecía sus horas voluntariamente. Abandoné la distancia con los participantes y asumí la dirección de la escena como un elemento más que crea. Mis lineamientos creaban la *tramoya*, donde se sujetaban las propuestas de los participantes. La obra fue una verdadera construcción dramática-literaria, gracias a los textos ofrecidos por los autores-actores y la organización sintáctica de la escena por parte de la dirección.

²⁹³ Pérez-Rasilla, “El lenguaje de la puesta en escena el texto teatral”, 201

Conclusiones parciales de la octava escena

Como ya se expresó a lo largo de esta tesis, el manejo de la palabra organiza el cuerpo y, por este motivo, se consideró que era necesario abrir un espacio de juegos lingüísticos. Por ello, aprehender las estructuras del lenguaje era una herramienta imprescindible para trabajar con los participantes. El psiquiatra y dramaturgo Marco Antonio de la Parra, tiene un texto bellissimo llamado *El cuerpo del actor*. El texto comienza narrando el instante sublime cuando, al abrirse el telón, todo empieza a significar:

El grado cero del teatro.
El silencio, la oscuridad, el vacío, la inmovilidad.
La sola presencia del CUERPO del actor impone la acción.
No se mueve y sin embargo ya algo está sucediendo.
Es un milagro durante una décima [de] segundo.
La luz que recorre su CUERPO escribe la emoción imperante.
El aliento (neffesh) sobre la materia le otorga la vida.
Anima lo inanimado.
Si se mueve, la inquietud puede ser aterradora o dulce o terrible o hermosa.
Si emite un sonido, si sencillamente gime o grita o llora o tararea, la pieza ha comenzado.
Si habla construye la segunda celda del ser humano, la palabra.
Vivimos en el cuerpo, vivimos en las palabras.
Habitamos nuestro cuerpo, sin cuerpo no estaríamos, sin palabra no seríamos.
Soy lo que digo, estoy donde está mi cuerpo.
Solo puedo hablar desde mi cuerpo y mi palabra es siempre una canción, es mi laringe vibrando en el acento de mi tierra, son mis resonadores, mis pulmones, mi diafragma.
Mi cuerpo convierte el impulso de mi cerebro en habla.
Las palabras del actor, que es un cantante, son también su cuerpo.
El movimiento del actor, que es siempre danza, termina de construir el signo. Doble celda, cuerpo y palabra, doble liberación en el oficio del actor.
Liberar el cuerpo de su saturado cúmulo de signos inconscientes es su tarea, limpiar las palabras del ruido cotidiano y limpiar el cuerpo del lenguaje no verbal de su tribu, su casa, su casta, su identidad.
Estamos en el cuerpo, somos la palabra.
Sin palabras no somos humanos.
Sin cuerpo no somos ni estamos.²⁹⁴

²⁹⁴ Marco Antonio de la Parra, “El cuerpo del actor”, *CELCIT, Teatro: Teoría y práctica* N°12, (2011): 1-20. <https://www.celcit.org.ar/publicaciones/teatro-teoria-y-practica/12/012/> [agregado por la investigadora].

Ese “grado cero, descrito por Marco Antonio de la Parra, es aquella *otra dimensión* a la que se ingresa cuando hacemos teatro o cuando vamos al teatro. El teatro, no es práctica virtual, es cuerpo-sintiente de acción subjetiva. Es momento íntimo, que recorta el fenómeno de masas. El teatro es experiencia colectiva de escritura, por ello sus actores deben ser capaces de inscribir lo dicho en los cuerpos. Es punto de encuentro que eleva las categorías significantes. Es en este sentido que el actor debe entrenar no solo su cuerpo para generar movilidad, debe ejercitarse en la voluntad poética de transmisión. Jugar con los usos de la palabra, apropiarse de las estructuras de la lengua. El teatro es experiencia de significación, porque eleva el estatuto de lo dicho y transforma lo cotidiano en un recorte seleccionado por un escribiente. Sin lenguaje no hay experiencia teatral, porque el teatro es un lenguaje con sus propios canales y códigos. El investigador teatral Jorge Dubatti propone una reflexión para comprender el maridaje que experimenta el teatro entre lo oral y lo escrito:

¿Se puede hablar de “texto” en la emisión oral? ¿No es una contradicción combinar texto y oralidad? Según Paul Ricoeur, texto es “todo discurso fijado por la escritura”, entendida esta última como “grafismo lineal”. Tal definición no autoriza hablar de texto oral. Sin embargo, Jacques Derrida (De la gramatología) ha demostrado que la oralidad es también una forma de escritura. En consecuencia, a partir de la afirmación de Derrida, proponemos distinguir una escritura de la oralidad y una escritura gráfica (caligráfica o tipográfica, fonética o ideográfica). Llamamos escritura de la oralidad a aquella que se escribe en la oralidad verbal y no-verbalmente (físicamente) en la situación de comunicación situada, in vivo. Llamamos escritura gráfica a aquella que se escribe con caracteres gráficos (dibujos, letras), que no requiere por necesidad una situación de comunicación acabada, y fija la escritura in vitro.²⁹⁵

Si bien, durante todo el tiempo que funcionó el dispositivo de la *tramoya*, se potenció la creación del texto oral por parte de los pacientes; comprendí que el espacio de teatro en el hospital estaba listo para un nuevo desafío: estimular el pensamiento. Los años de consolidación del espacio sirvieron para trabajar con estas propuestas que enriquecían la investigación.

²⁹⁵ Jorge Dubatti, “Otro concepto de dramaturgia”, *Agenda Cultural Alma Mater* 158 (2009) disponible online: <https://pdfs.semanticscholar.org/5351/a86b4cca45c6d60168b42bc71ee0fa0a6f17.pdf>

CONCLUSIONES FINALES

La investigación llevada a cabo a través de esta tesis de doctorado confirmó los postulados planteados en la pregunta de investigación y en la hipótesis inicial. La pregunta de investigación orientó los primeros pasos de la tesis y reveló que el dispositivo de teatro implementado en el ingreso pediátrico en psiquiatría podía ofrecer un espacio creativo dentro de los protocolos clínicos. Por este motivo, fue posible confirmar que el teatro pudo ser articulado como una *tecnología del yo* capaz de ofrecer un andamiaje para la construcción discursiva de la subjetividad. El objetivo de la propuesta no pretendía tener un sentido universalista; sino, más bien, responder a las necesidades del *microespacio temporal* donde se aplicaba el teatro. Esto fue producto de la permanencia en el campo y de un conocimiento previo del manejo de las *instituciones totales*. Lo que se debe desmontar en este análisis es, por un lado, la observación participante y, por otro lado, la creación de un dispositivo específico como consecuencia de esos registros etnográficos realizados. La observación participante permitió registrar los eventos comunicativos, los cuales estaban relacionados al contexto donde los sujetos circulaban. De esta manera, lo que se buscó fue el registro de estas modalidades de comunicación para poder crear una tecnología que responda a las necesidades de los sujetos. Esto fue posible gracias a la implementación del método etnográfico. En el ingreso psiquiátrico del hospital madrileño, había una aproximación al cuerpo, pero éste era tratado de una forma objetivada. Se observó que en los tratamientos psiquiátricos realizados en el hospital se continuaban reproduciendo algunos modelos biopolíticos para el control de los cuerpos bajo tecnologías como: sujeción física, terapias de electrochoque, aislamiento, habitaciones vidriadas, cámaras de seguridad, etc. De esta manera, el sometimiento era doble. Por un lado, se implementaban paradigmas disciplinarios y, por otro lado, se incorporaban tecnologías para el control psicofarmacológico. Esta investigación proponía una acción opuesta frente a los protocolos médicos, a los cuales les apremiaba alcanzar la estabilización del organismo y, para ello, justificaban las lógicas disciplinarias. De esta manera, no era que el cuerpo no estuviese presente, es que el cuerpo no era comprendido desde la concepción freudiana de libido corporal. Fue necesario incorporar la dimensión simbólica para poder continuar con prácticas culturales que recordaran a los pacientes que no solo eran cuerpos que debían ser tratados por la desnutrición. La implementación del dispositivo de la *tramoya* reveló

la necesidad de abandonar, poco a poco, las categorías que “patologizaban” los cuerpos. Por ejemplo, hasta la *Cuarta Escena*, figuran los datos clínicos de los pacientes que participaron en el espacio, cuando en las escenas subsiguientes los datos clínicos dejaron de ser importantes para centrar la escucha en el tejido grupal. Llevó tiempo abandonar el exceso de mirada psiquiátrica y la tendencia a la “taxonomización” de las conductas de los pacientes. Comprendí que estas categorías entorpecen el arte, porque convierten cada análisis en un encasillamiento del universo subjetivo del participante que se encuentra en posición de paciente. Esto no había sido advertido en un primer momento y conllevó muchos años de análisis sobre los dispositivos clínicos. La primera voz crítica sobre el exceso de mi posición sanitaria llegó al presentar los primeros avances del trabajo con teatro en psiquiatría en el Máster en Teoría y Crítica de la Cultura de la Universidad Carlos III de Madrid. El filólogo José Manuel Querol, quien conformó el tribunal que evaluó mi trabajo de fin de máster, señaló la aproximación exclusivamente clínica que había realizado en el tratamiento de los datos. Querol me sugirió algo que tardó años en consolidarse: dotar de humanismo el estudio clínico. Humanismo, para poder hacer otro análisis alternativo al discurso médico hegemónico y organizar un aparato teórico que justifique un abordaje teatral. Fue así como, la concepción del sujeto *transclínico* como sujeto corporal, psíquico, socio-cultural, político y económico fue una construcción propuesta en esta investigación con el fin de enriquecer no solo el campo del conocimiento; sino, también, la praxis como investigadora en un hospital. El sesgo médico inicial era producto de dos variables que influían en la investigación y no permitían un abordaje desde las disciplinas humanísticas. Por un lado, la formación clínica hospitalaria en la que me había especializado durante los últimos cuatro años me obligaba a trabajar desde un escrutinio exhaustivo de los síntomas de los pacientes y, por otro lado, el espacio que proponía dentro de la institución era un espacio frágil que no figuraba en la plantilla laboral del hospital. De este modo, mi acercamiento a la población denotaba prudencia y elevada cautela por miedo a la suspensión de la actividad. Fue así como, descubrí que en los talleres de teatro no solo participaban los pacientes, sino que había todo un compromiso subjetivo por mi parte. Si bien, en un principio tenía necesidad de llevar la sesión preparada con los contenidos para trabajar; poco a poco, el espacio cobró mayor espontaneidad y mejor gestión de las contingencias no programadas. El exceso de control, sin dudas, se encontraba relacionado al miedo de cometer cualquier acto iatrogénico. Desconocía la recepción

que iba a tener en los pacientes el espacio de teatro, temía que se sucedieran actos autolíticos, excitaciones psicomotrices o que un paciente menor de edad se fugara del hospital durante la actividad. Todos esos miedos aparecían al ser una actividad de la que era la responsable. Me llevó un tiempo atreverme a hacer propuestas más osadas, apartadas de los protocolos institucionales. Poder apropiarme del espacio que yo misma gestionaba, conllevó un tiempo de acostumbramiento no solo para el personal sanitario, sino también para mí. La posición de observadora participante en la institución, si bien, limitaba mis primeras intervenciones con la población; también, posibilitó no contar con los vicios que la inercia institucional acarreaba.

De este modo, la aplicación del teatro fue meditada y no se correspondía con los protocolos institucionales. El arte dramático inauguraba un espacio de disidencia frente a la normativa del tratamiento de ingreso. Si bien, la implementación del teatro como estrategia disidente era contemplada desde el principio; se requirió de lecturas interdisciplinares que tejieran una explicación teórica válida, *la transclínica*, para comprender la necesidad de hacer frente al *establishment* médico. Insisto que la *transclínica* no es una propuesta teórica sencilla, ya que no propone universales; sino que, por el contrario, es una forma de hacer que considera que para poder trabajar con una población debe realizarse un análisis previo de las necesidades y tensiones socio-políticas en las que se inscribe el sujeto y el grupo. El modo de aplicación purista de las disciplinas (psicoanálisis, sociología, arte dramático), son para esta investigación una forma rígida de intervención. El tratamiento de la “pérdida de la salud mental” no compete en exclusividad a los profesionales sanitarios, la salud mental es todo aquello que como sociedad somos capaces de construir en el tejido social y cultural para que sujete al sujeto. Para poder sostener esta afirmación, podemos recordar los estudios estadísticos de Émil Durkheim sobre el suicidio, los cuales revelaron una vinculación directa entre los entramados políticos-sociales y el sujeto.²⁹⁶

La hipótesis de investigación fue corroborada al advertir que la implementación del dispositivo *transclínico* de la *tramoya*, dentro del ingreso pediátrico en psiquiatría de un hospital público de Madrid por presentar trastorno de la conducta alimentaria, favorecía la construcción del sujeto-parlante. El teatro, concebido como una estructura estructurante, permitió a los pacientes hacer uso de una tecnología válida y segura para poder expresar sus inquietudes y malestares. Es necesario decir que, durante los

²⁹⁶ Emile Durkheim, *El suicidio*, (Oviedo: Losada, 2004).

cinco años de trabajo de campo, no se presentó ningún episodio que pudiera poner en riesgo la integridad física de los pacientes; como así tampoco, se sucedió ninguna situación que vulnerara sus derechos como sujetos-humanos. No se presentaron episodios auto-agresivos o hetero-agresivos, intentos de fuga, ni conductas que implicasen un desgaste de energía que pudieran desestabilizar el medio interno de los pacientes. Por el contrario, se descubrió que al no haber prohibiciones los participantes se auto-regulaban y, entre ellos, restringían los posibles boicots al espacio de teatro.

En el dispositivo *transclínico* de la *tramoya*, asistieron un total de 236 participantes y se impartieron 160 sesiones. La mayoría de las sesiones sucedieron en el teatro del hospital y solo tres sesiones tuvieron que ser dadas dentro de la sala de hospitalización. Se observó que la arquitectura teatral favorecía el proceso de externalización de los pacientes, ya que les permitía poder trasladarse a un espacio distinto a la sala de ingreso. El teatro poseía luces, colores y una distribución completamente diferente a las características del ambiente hospitalario. Era una forma de burlar el encierro y de poder sortear las barreras del tratamiento para adscribirse a un espacio simbólico seguro. El dispositivo del ingreso presentaba las características de una *institución total* goffmaniana, la cual acababa por provocar en los pacientes reclusos una desconexión profunda con el exterior. En el imaginario del ingreso a psiquiatría se recluye a la persona porque el existir en sociedad no solo se lo considera difícil, sino que es comprendido como un núcleo capaz de enfermar. Por eso, resultaba imprescindible el trabajo con lo colectivo, para que los pacientes pediátricos pudiesen “rematrizarse” en un espacio simbólico con una estructura implícita que los protegiera; pero que, a su vez, los obligase a salir del letargo y del aislamiento social. Desde esta perspectiva, el arte dramático, como *tecnología del yo*, facilitó la apertura al mundo exterior y proporcionó un proceso de “reculturación”.

En los cinco años de la actividad, no hizo falta imponer normas de conducta a los pacientes; sino que, más bien, se establecía con ellos un acuerdo tácito de compromiso y de libertad creativa. El andamiaje que se construyó, mediante las lógicas dramáticas, permitió conducir las acciones y la emocionalidad a un registro simbólico. De esta manera, si un paciente se mostraba reticente para la interpretación se le proponía realizar el rol de guionista, de iluminador o de público. El marco lúdico-simbólico que ofrecía el arte dramático permitía intervenir *transclínicamente* en el sujeto sin sobreexponerlo, ya que ofrecía una estructura noble que facilitaba la

expresión de su afección. Fue así como, en el escenario hospitalario los participantes pudieron representar escenas de miedo, de padres exigentes, sus deseos de libertad, las búsquedas de ser amados, sus ganas de viajar, el sentido de la amistad, en otras palabras, la vida. Entonces, es posible decir que en el teatro se jugaba la vida; pero, esta vez, sin riesgo a perderla.

El juego simbólico que se estableció en el teatro fue posible, porque el recorrido realizado en esta tesis doctoral fue producto de un proceso intelectual y empírico profundo, el cual permitió proponer conceptos interdisciplinarios para el ejercicio de una clínica más humana dentro del ingreso pediátrico en psiquiatría. Con “clínica más humana”, se hace referencia al tratamiento que los pacientes recibían de los agentes sanitarios; pero, también, se hace alusión a la sobreexposición afectiva y a la sobrecarga laboral a la que estaba sometido el colectivo asistencial. Para poder formalizar lo expuesto, se consideró que era imprescindible regresar a teorías filosóficas, sociales y políticas que permitiesen el abordaje de la subjetividad, sin recaer en una sobre-implicación con los pacientes, ni en un trabajo extra para los profesionales. Así, surgió el dispositivo de la *tramoya* para facilitar a los clínicos una distancia adecuada a fin de poder actuar con profesionalidad y no sucumbir en la indiferencia o el hastío, como mecanismos defensivos. La importancia de habilitar un dispositivo disidente al sistema partía de la premisa de que las *instituciones totales* dejan huellas en los pacientes y organizan el marco profesional de los clínicos. De esta manera, si bien, los pacientes fueron los beneficiarios principales de esta multiplicidad de saberes; los clínicos fueron los destinatarios necesarios para crear tratamientos más llevaderos.

Por otra parte, el trabajo de campo permitió realizar una revisión crítica sobre las prácticas médicas debilitadas por las presiones de la industria farmacológica y sofocadas por las demandas burocráticas del sistema sanitario. Con la intención de introducir una tecnología que alojara la palabra del sujeto-corporal y se alejase de las lógicas tecno-positivistas de la posmodernidad, se diseñó el dispositivo de la *tramoya*, el cual era capaz de facilitar la narrativa de los textos de los pacientes y de contemplar la corporalidad como espacio de escritura subjetiva y colectiva. La importancia de esta tesis radica en que, si los profesionales fueran capaces de crear una estructura específica, para intervenir terapéuticamente en un *microespacio temporal*, alcanzarían alivio al entender que su práctica clínica puede ser pensada desde otros paradigmas

más contenedores para la profesión y para los pacientes. La finalidad era facilitar las construcciones narrativas de los sujetos en un contexto grupal y, de este modo, poder trabajar sobre el malestar subjetivo en un breve y contenedor espacio de tiempo. El arte dramático ofrecía la posibilidad de que los participantes pudieran decir lo que quisiesen sin las prohibiciones de la positividad. Esto constituyó una de las mayores sorpresas, que manifestaba el grupo, ya que en el espacio se podía expresar todo aquello que aquejaba y nada se encontraba vetado. Porque el ser hablante de una lengua implica pertenecer a una comunidad de hablantes, lo que significa estar suscrito a un ámbito de actividades y usos del lenguaje. Ser un sujeto-parlante de una lengua refiere poder hacer cosas con ese lenguaje, las que deben ser interpretadas a la luz de la cultura. De esta manera, se constató que el narrador presentaba su punto de vista para organizar la trama de ficción y el espectador se encontraba ubicado en el horizonte de expectativas de quien construía ese texto. Una de las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, fue que los pacientes, como narradores, transmitían su discurso a quienes pudieran tolerarlo. Es decir, las temáticas que proponían estaban vinculadas muchas veces a: violaciones, suicidio, abusos, homosexualidad, etc. Se advertía que estas propuestas las tejían para ser representadas ante un público relacionado con una otredad sanitaria. Sin embargo, el horizonte de expectativas era modificado si la obra debía ser representada ante pacientes del servicio de oncología. En estas instancias, los pacientes psiquiátricos no articulaban la posibilidad de la muerte voluntaria; sino que, por el contrario, la idea de ella se diluía ante la evidencia de una posible muerte real. En cierta ocasión, al enterarse los participantes que la obra sería representada para pacientes con diagnóstico de leucemia, expresaron el horror de transmitirles una temática relacionada con el suicidio. Así, puede decirse que el horizonte de expectativas cambia según el destinatario que se figure como público y según el lugar de representación. No es lo mismo que las representaciones sean realizadas en el teatro del hospital; a que sean presentadas en el Centro Dramático Nacional. Se puede decir que el teatro del hospital se convirtió en un espacio simbólico que contenía el malestar de los pacientes; pero que, a su vez, proponía una catarsis grupal que proporcionaba alivio entre los participantes. La implementación del teatro en esta investigación no tuvo como objetivo la creación de un nuevo género dramático, sino la utilización de la estructura dramática como dispositivo disidente. Estructura que ofrecía un marco propicio para la catarsis aristotélica y, también, clínica. Se entiende como catarsis grupal a la

descarga del afecto en alteridades capaces de tolerar la emoción. En este punto, el trabajo con teatro ofrecía dos destinatarios de las narrativas subjetivas: la dirección *transclínica* y el grupo de pacientes. El primer destinatario eran los agentes de salud mental, cuya figura se encontraba encarnada en el rol de la dirección. Al asumir el rol de la dirección, fui receptora de los mensajes proferidos por los pacientes en el escenario y descubrí que estos debían ser escuchados con vocación *transclínica*. En relación a esto dicen Eugenio Barba y Jerzy Grotowski, sobre la función de la dirección teatral:

De la misma manera el director puede ayudar al actor en este complejo y agonizante proceso sólo si está tan calurosa y emocionalmente abierto al actor como el actor está en relación con él. No creo en la posibilidad de conseguir efectos mediante el cálculo frío. Una especie de calor hacia nuestros congéneres es esencial: llegar a entender las contradicciones en el hombre y el hecho de que es una criatura que sufre y no debe ser despreciada.

Este elemento de cálida apertura puede ser tangible técnicamente. Sólo ella, si es recíproca, puede permitirle al actor llevar a cabo los más extraordinarios esfuerzos sin tener miedo de que se burlen de él o lo humillen.²⁹⁷

El segundo destinatario era el grupo de pacientes que funcionaba como aliado y proporcionaba alivio al compartir la misma tensión dramática. Es necesario reconocer, que la distribución de los papeles que los participantes realizaban de las obras, se efectuaba de manera consensuada respetando el deseo de los participantes y, en ocasiones, en contraposición a los requerimientos estéticos de las obras. Cuenta la directora de teatro carcelario, Elena Cánovas, que en una ocasión, cuando representaban *Romeo y Julieta* de Shakespeare, una reclusa mayor quiso hacer de Julieta pero su corporalidad ya no evocaba al ideario clásico de joven enamorada, por ello se dispuso que no cumplía con los estándares del papel.²⁹⁸ Luego, compañeros de Cánovas la interrogaron y le permitieron reflexionar con qué argumentos estéticos podría afirmar que no podría haber una Julieta mayor. En el teatro desarrollado en el hospital en muchas ocasiones ocurrió algo similar, sin embargo, es necesario reconocer que la visión *transclínica*, en estas ocasiones, permitió romper los estereotipos estéticos de las bellas artes para respetar el deseo de los cuerpos-parlantes. De este

²⁹⁷ Eugenio Barba y Jerzy Grotowski, “El nuevo testamento del teatro”, en *Hacia un teatro pobre*, 42.

²⁹⁸ Elena Cánovas, *Elena Cánovas y las Yeses: teatro carcelario, teatro liberador*.

modo, se podía encontrar participantes mujeres encarnando el papel de hombres para construir el ideario de una pareja heterosexual, pacientes jóvenes realizando papeles de personas mayores o un participante asumiendo el personaje de un bebé de meses. En esta línea, comprendemos que no se ven cuerpos sino que se ven hombres, mujeres, niños o niñas, porque ser varón o mujer en una sociedad es producto de una serie de entramados performativos que organizan la masculinidad o la femineidad. Sin embargo, en esta tesis el teatro es tecnología que permite vencer el peso de la cultura sobre los cuerpos. En este sentido, una de las dimensiones, que propone el trabajo *transclínico*, es el abordaje de la corporalidad. En esta investigación no solo importaba lo que los participantes pudiesen expresar verbalmente; sino, también, que pudiesen tener la libertad de poder utilizar la palabra anudada a una representación. Por ello, el dispositivo de la *tramoya* parte de la comprensión de que la construcción del cuerpo es simbólica y puede realizarse sin dolor. La sujeción que propone esta tesis doctoral no es la de una contención física o la de prohibir el uso de cojines para favorecer la percepción del cuerpo, sino que la búsqueda de esta investigación pretende la sujeción a un discurso que “textualice” al cuerpo. Al concebirse el cuerpo como un entramado textual, no hay una única respuesta sobre el mismo, sino que se entiende que la articulación teórica, donde se sustenta la *tramoya*, facilita un retorno a lo corporal dentro de los tratamientos psiquiátricos. En este regreso a lo corporal, se puede advertir que el término cuerpo es un significante en constante significación. El sujeto siempre presenta un cuerpo distinto en momentos distintos, ya que el cuerpo es producto de los entramados históricos, biográficos, psíquicos, sociales, económicos, laborales y de todo dispositivo disciplinar con el que haya tenido contacto. De este modo, los participantes estaban influenciados por el dispositivo disciplinar del encierro. Es necesario abandonar el análisis materialista y naturalista sobre el cuerpo para poder comprender que lo orgánico es organizado por lo discursivo. La corporalidad humana no es exclusivamente biológica sino que, también, es social.

A modo de conclusión es posible decir que en la presente investigación se cumplieron las premisas iniciales. Los pacientes construyeron, facilitados por la implementación del arte dramático, un entramado de narrativas propias y colectivas, las cuales adquirieron el estatuto de una *tecnología del yo*.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury Arminda y Mauricio Knobel. *Adolescencia normal*. México: Paidós, 2010.
- Adorno, Theodor. *Teoría estética*. Traducción d Jorge Navarro Pérez. Madrid: Akal, [1970], 2004.
- Agamben, Giorgio “¿Qué es un dispositivo?”, *Sociológica*. Vol. 26, n.º 73 (2011): 249-264. <http://www.redalyc.org/pdf/3050/305026708010.pdf>
- Agamben, Giorgio. *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III*. Traducción de Antonio Cuspina, Valencia: Pre-Textos, 2000.
- Álvarez, José María, Ramón Esteban y François Sauvagnat. *Fundamentos de Psicopatología Psicoanalítica*. Madrid: Síntesis, 2004.
- Arendt, Hannah. *Eichmann en Jerusalén. Un estudio acerca de la banalidad del mal*. Traducción de Carlos Ribalta. 4ª edición. Barcelona: Lumen, 2003.
- Ariès, Philippe. *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Traducción de Naty García Guadilla. Madrid: Taurus, 1992.
- Ariès, Philippe. *Morir en Occidente desde la Edad Media hasta la actualidad*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora, 2012.
- Aristóteles. *La poética*. Traducción trilingüe Valentín García Yebra, 1º edición [1979]. Madrid: Gredos, 1999.
- Artaud, Antonin “El teatro de la crueldad. Primer manifiesto 1932”, en *La escena moderna*, editado por J. A. Sánchez. Madrid: Akal, 1999.
- Augé, Marc. *Los no lugares, espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Traducción de Margarita Mizraji. 5ª reimpresión. Barcelona: Gedisa, 2000.
- Bajtín, Mijaíl Mijáilovich. *Estética de la creación verbal*. Traducción de Tatiana Bubnova. 10º edición. México: Siglo XXI, 1999.
- Barthes, Roland. *La Cámara Lúcida. Nota sobre la fotografía*. Traducción de Joaquim Sala-Sanahuja. Barcelona: Paidós, 1990.
- Basaglia, Franco. *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. 1ª edición. Buenos Aires: Topía, 2008.

Baudrillard, Jean. *La transparencia del mal: ensayo sobre los fenómenos extremos*. Traducción de Joaquín Jordá. Barcelona: Ed. Anagrama, 1991.

BBC mundo. “Nuevo estudio cuestiona efectividad del antidepresivo Paxil en adolescentes”. *BBC News Mundo*. 18 de septiembre de 2015, https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150917_antidepresivos_adolescentes_paxil#orb-banner

Beatriz Martínez Martín, “Diseño, implementación y evaluación de talleres artísticos en el ámbito de la salud para pacientes adultos en la Unidad de día de Trastorno de Conducta Alimentaria”. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2018. <https://eprints.ucm.es/49665/1/t40422.pdf>

Belluck, Pam. “W.H.O. Weighs Dropping Transgender Identity From List of Mental Disorders”, *The New York Times*, 26 de julio de 2016. <https://www.nytimes.com/2016/07/27/health/who-transgender-medical-disorder.html>.

Ben Plotkin, Mariano. *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, 2003.

Benjamin, Walter. *La obra de arte en su época de reproductibilidad técnica*. Traducción de Andrés E. Weikert. México: Ítaca, 2003.

Bergson, Henri *La risa. Ensayo sobre el significado de la comicidad*. Traducción de Rafael Blanco. Buenos Aires: Ediciones Godot, 2011.

Bettelheim, Bruno. *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Traducción de Silvia Furió. Barcelona: Crítica, 1994.

Boal, Augusto. *Teatro del Oprimido 1. Teoría y práctica*. Traducción de Graciela Schmilchuk. México: Nueva Imagen, 1980.

Borges, Jorge Luis. “Poema el Golem”. En *El otro, el mismo*. Buenos Aires: Titivillus, 1964.

Borraz, Marta. “La OMS deja de considerar la transexualidad un trastorno mental”, *eldiario.es*, 18 de junio de 2018. https://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-enfermedad-incongruencia_0_783572396.html

Bourdieu, Pierre. *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Traducción de Esperanza Martínez Pérez. Madrid: Akal, 2008.

Bourdieu, Pierre. *La Distinción*. Traducción de M^a del Carmen Ruiz de Elvira. Madrid: Taruus, 2012.

Brecht, Bertolt. *Escritos sobre teatro*. Traducción de Genoveva Dieterich. Barcelona: Alba, 2004.

Brook, Peter. *El espacio vacío*. Traducción de Ramón Gil Novales. Barcelona: Península, 2015).

Butler, Judith. *Deshacer el género*. Traducción de Patricia Soley-Beltran. Madrid: Paidós, 2006.

Butler, Judith. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Traducción de Antonia Muñoz. Barcelona: Paidós, 2007.

Calsamiglia Blancáfort Helena y Amparo Tusón Valls. *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel, 2002.

Cánovas, Elena. *Elena Cánovas y las Yeses: teatro carcelario, teatro liberador*. Madrid: Fundamentos, 2009.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. “*Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos*”. (2002). http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm

Cordone, Gabriela. *El cuerpo presente: texto y cuerpo en el último teatro español, 1980-2004*. Zaragoza: Pórtico, 2008.

Cosgrove, Lisa, Sheldon Krinsky, Manisha Vijayaraghavan y Lisa Schneider, “Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry”, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, (2006): 154-160. doi: 10.1159/000091772.

Checa, Julio. “Sobre la representación de la diversidad funcional en el teatro español contemporáneo”. En *¿Discapacidad?* Editado por Julio Checa y Susanne Hartwing Berlin: Peter Lang, 2018.

Damasio, Antonio. *El error de Descartes. La razón de las emociones*. Traducción de Pierre Jacomet. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1996.

De la Parra, Marco Antonio. *Para un joven dramaturgo, sobre creatividad y dramaturgia*. Madrid: Instituto Nacional de las Artes Escénicas y de la Música, 1993.

Declaración de Helsinki: “*Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en*

Seres Humanos". (1996). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010

Deleuze, Gilles. *Crítica y clínica*. Traducción de Thomas Kauf. Barcelona: Anagrama, 1996.

Derrida, Jacques. *El teatro de la crueldad y la clausura de la representación*. Traducción de Patricio Peñalver. Barcelona: Anthropos, 1989. https://redaprenderycambiar.com.ar/derrida/textos/artaud_1.htm#_edn8

Derrida, Jacques. *El tiempo de una tesis: deconstrucción e implicaciones conceptuales*. 2ª ed. Barcelona: Proyecto A. Ediciones, 1997.

Derrida, Jaques. *De la gramatología*. Traducción de Oscar del Barco y Conrado Ceretti. 4º ed. México: Siglo XXI, 1986.

Díaz de Rada, Ángel. "La lógica de la investigación etnográfica y la mediación computacional de la comunicación. Viejos problemas con un nuevo énfasis". *Revista Chilena de Antropología Visual*, n.º15 (2010): 40-57.

Díaz Portillo, Isabel. *Bases de la terapia de grupo*. México: Pax, 2000.

Diccionario ilustrado latino-español, español-latino. Ed. 21º (Barcelona: Vox, 1998), 367.

Diderot, Denis. *La paradoja del comediante*. Traducción de Luis Hernández Alfonso. Madrid: Aguilar, 1964.

Didi-Huberman, Georges, *La invención de la Histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Traducción de Tania Arias y Rafael Jackson. Madrid: Ediciones Cátedra, 2007.

Dilts, Robert. *Coaching: herramientas para el cambio*. Barcelona: Urano, 2004.

Donnellan, Declan. *El actor y la diana*. Traducción de Ignacio Gacía May. España: Fundamentos, 2004.

Dubatti, Jorge. "Otro concepto de dramaturgia", *Agenda Cultural Alma Mater* 158 (2009). <https://pdfs.semanticscholar.org/5351/a86b4cca45c6d60168b42bc71ee0fa0a6f17.pdf>

Duranti, Alessandro *Antropología lingüística*. Traducción de Pedro Tena, 1º edición. Madrid: Cambridge University Press, 2000.

Duranti, Alessandro. *Panorama de la lingüística moderna de la Universidad de Cambridge*. Coordinador. Frederick J. Newmeyer. Volumen 4. Madrid: Visor, 1992.

Durkheim, Emile. *El suicidio*. Oviedo: Losada, 2004.

Eines, Jorge. *Hacer Actuar: Stanislavski contra Strasberg*. (Barcelona: Guedisa, 2005)

Ezama Coto, Esteban, Yolanda Alonso y Yolanda Fontanil Gómez, “Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 10, n.º 2 (2010): 293-314.

Foucault, Michael “Historia de la Medicalización”, *Educación Médica y Salud* 11, N°1 (1977): 3-25.

Foucault, Michael. *El nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica*. Traducción de Francisca Perujo. México: Siglo XXI, 1966.

Foucault, Michael. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Traducción de Elsa Cecilia Frost. Buenos Aires: Siglo XXI, 1968.

Foucault, Michael. *Los Anormales: curso del Collège de France (1974-1975)*. Traducción de Horacio Pons. Madrid: Akal, 2001.

Foucault, Michael. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Traducción de Mercedes Allendesalazar. Barcelona: Paidós, 1990.

Foucault, Michael. *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Traducción de Aurelio Garzón del Camino. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003.

Freud, Anna. *Normalidad y patología en la niñez. Evaluación del desarrollo*. Buenos Aires: Paidós, 1973.

Freud, Sigmund. *El Inconsciente*. Tomo II. Traducción de López Ballesteros. Buenos Aires: Ateneo, 2003.

Freud, Sigmund. *El yo y el ello*. Tomo III. Traducción de López Ballesteros. Buenos Aires: Ateneo, 2003.

Freud, Sigmund. *Más allá del principio del placer*. Tomo III. Traducción de López Ballesteros. Buenos Aires: Ateneo, 2003.

Freud, Sigmund. *Obras completas: El método psicoanalítico (1904 [1903])*. Vol. 7.

Traducción de José Luis Etcheverry, 6ª reimpr. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1992.

Freud, Sigmund. *Obras completas: El yo y el ello. Otras obras (1923 -1925)*. Volumen 19. Traducción de José Luis Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1992.

Freud, Sigmund. *Obras completas: inhibición, síntoma y angustia*. Traducción de José Luis Etcheverry, Vol. 20, 3ª Reimpr. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1992.

Friedrich, Nietzsche. *El nacimiento de la tragedia*. Traducción de Andrés Sánchez Pascual. Buenos Aires: Alianza Editorial, 2007.

García Barrientos, José Luis. *Cómo se analiza una obra de teatro. Ensayo de método*. Madrid: Síntesis, 2017.

Geddes, Patrick. *Ciudades en evolución*, Londres: Routledge, 2000.

Geertz, Clifford. *El antropólogo como autor*. Traducción de Alberto Cardín. Barcelona: Paidós, 1989.

Geertz, Clifford. *La interpretación de las culturas*. Traducción de Alberto L. Bixio, 12º reimpresión. Barcelona: Gedisa, 2003.

Giddens, Anthony. *The Constitution of Society*. UK: Polity Press, 1984.

Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. 1ª edición. 10ª reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores, [1963] 2006.

Goffman, Erving. *Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Traducción de María Antonia Oyuela de Grant. 1ª ed, 3ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2001.

Han, Byung-Chul. *En el enjambre*. Traducción de Raúl Gabás. 1ª ed digital. Barcelona: Herder, 2014.

Han, Byung-Chul. *La sociedad de la transparencia*. Traducción Raúl Gabas. 1º ed. Barcelona: Herder, 2013.

Han, Byung-Chul. *La sociedad del cansancio*. Traducción Arantzazu Saratzaga Arregi. 1º ed. Barcelona: Herder, 2012.

Han, Byung-Chul. *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Traducción de Alfredo Bergés. 1º ed. 4ª reimp. Barcelona: Herder, 2015.

Haraway, Donna. *Manifiesto Ciborg. El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado*. Traducción de Manuel Talens y David de Ugarte (1984). https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf

Izydorczyk, Bernadetta. "Adaptation of psychodrama in psychotherapy of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa" *Psychiatria Polska* 2, tom XLV, (2012): 261–275. (Artículo en Polaco). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21714214/>

Jacobson, Roni. "Many Antidepressant Studies Found Tainted by Pharma Company Influence". *Revista Scientific American*, 29 de octubre 2015. <https://www.scientificamerican.com/article/many-antidepressant-studies-found-tainted-by-pharma-company-influence/>

Karataş, zeynep y Gökçakan, zafer. "The Effect of Group-Based Psychodrama Therapy on Decreasing the Level of Aggression in Adolescents" *Türk Psikiyatri Dergisi* (2009). <http://www.turkpsikiyatri.com/pdf/c20s4/en/06.pdf>

Kattan, Nain y Jerzy Grotowski, "El teatro es un encuentro". En *Hacia un teatro pobre*, compilado por Jerzy Grotowski. Traducción de Margo Glantz, 16ª edición. México: Siglo XXI, 1992.

Lacan, Jacques. *El Seminario, libro 8: la transferencia 1960-1961*. 3ª Reimpr. Buenos Aires: Paidós, 2008.

Lacan, Jacques. *Escritos I*. Traducción de Tomás Segovia, 23ª edición. México: Siglo XXI, 2003.

Lacan, Jacques. *Seminario 1. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Traducción de Juan Luis Delmont-Mauri y Julieta Sucre. Buenos Aires: Paidós, 1987.

Lain Entralgo, Pedro. *La historia clínica: historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: Diana Artes Gráficas, 1950.

Le Breton, David. *Antropología del cuerpo y modernidad*. trad. Paula Mahler. (Buenos Aires: Nueva Visión, 2008).

Le Breton, David. *La sociología del cuerpo*. trad. Paula Mahler. (Buenos Aires: Nueva visión, 2011).

Levi, Primo. *Si esto es un hombre*. Barcelona: Muchnik Editores, 2002.

Malinowski, Bronislaw. *Los argonautas del pacífico occidental*. Traducción de Antonio J. Desmots. 3ª edición. Barcelona: ed. Península, 1986.

Martínez, Carlos. “El fiscal del Estado de Nueva York demanda a Glaxo por ocultar datos de un fármaco”. *El Mundo Salud*. 4 de junio de 2004. <https://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/06/03/industria/1086263751.html>

Marx, Karl. *El Capital, el proceso de producción del capital*. Traducción de Pedro Scaron. Tomo 1, Volumen 2, Reimpr. 24º. México: Siglo XXI, 2009.

Mead, Margaret. *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Traducción de Elena Dukelsky Yoffe. Barcelona: Planeta-Agostini, [1939] 1993.

Melendres, Jaume. “La dirección de los actores, diccionario mínimo”, *Serie Debate N° 11, publ. Asociación de directores de Escena de España, Institut del Teatre de la Diputació de Barcelona*. Madrid: Carácter, 2000.

Morandé, Gonzalo. *La Anorexia: cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy, 1999.

Moreno, Jacob Levy. *El teatro de la espontaneidad*. Buenos Aires: Vancu, 1977.

Moreno, Jacob Levy. *Psicoterapia de grupo y psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis*. México: Fondo de Cultura Económica, 1966.

Nasio, David. *Los gritos del cuerpo. Psicósomática*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

Nussbaum, Martha. *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Traducción de Albino Santos Mosquera. Barcelona: Paidós, 2012.

Ortega y Gasset, José. *Idea del Teatro*. Madrid: Ed. Revista de Occidente, 1996.

Ortega y Gasset, José. *La deshumanización del arte y otros ensayos de estética*. 4ª edición. Madrid: Revista de Occidente en Alianza Editorial, 1986.

Ósipovna Knébel, María. *El último Stanislavsky. Análisis activo de la obra y el papel*. Traducción de Jorge Saura. 6ª edición. Madrid: Fundamentos, 2013.

Pavis, Patrice. *Diccionario del teatro*. Trad. Jaume Melendres. Barcelona: Paidós (1998).

Pérez-Rasilla, Eduardo. “El lenguaje de la puesta en escena el texto teatral. El texto teatral, un texto escrito por muchas manos” en *Litterae: Cuadernos de cultura escrita*. Dirigido por Emilio Torné y Enrique Villalba. Madrid: Calambur, 2001.

Población, Pablo. *Tratado de psicoterapia activa. Un psicodrama actual*. Madrid: Morata, 2019.

Preciado, Beatriz. *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Opera Prima, 2002.

Preciado, Beatriz. *Pornotopía. Arquitectura y sexualidad en "Playboy" durante la guerra fría*. México: Anagrama, 2010.

Preciado, Beatriz. *Testo yonqui*. Madrid: Espesa Calpe, 2008.

Rejón, Raúl. "El mantra que trajo Esperanza Aguirre a la sanidad: 'No le quepa duda de que la empresa privada es más eficaz'". *Eldiario.es*. 5 de agosto de 2018. https://www.eldiario.es/sociedad/Gobierno-Esperanza-Aguirre-Ignacio-Gonzalez_0_799670635.html

Rodríguez Díaz, Susana. "El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio", *Intersticios revista sociológica de pensamiento crítico* 2, (2008): 71-85.

Rojo Pantoja, Águeda. "El concepto "disociación" en el fin-de-siècle: P. Janet y S. Freud", (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2006), <https://eprints.ucm.es/7439/1/T29094.pdf>.

Rubin, Gayle. "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo". *Nueva Antropología*. Vol. VIII n.º 30 (1986): 95-145. México.

Schwarzböck, Silvia. *Adorno y lo político*, Buenos Aires: Prometeo, 2008.

Seligman, Martin. *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara, 2006.

Shakespeare, Williams. *Romeo y Julita*. Traducción de Pablo Neruda. Buenos Aires: Losada, 1964.

Sierra Bravo, Restituto. *Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios*. 8º Edición Revisada. (Madrid: Paraninfo, 1992).

Sigusch, Volkmar. *Geschichte der Sexualwissenschaft*. Alemania: Campus Verlag, 2008.

Sotelo, Inés. *Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Compiladora Inés Sotelo. Buenos Aires: JVE Editores, 2005.

Spitz, René. *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones*

objetales. Traducción de Pedro Bárcelo y Luis Fernández Cancela. Madrid: Aguilar, 1972.

Stanislavski, Konstantin. *Creación de un Personaje*. México: Diana, 2003.

Stanislavski, Konstantín. *El trabajo del actor sobre sí mismo en el proceso creador de la encarnación*. Traducción Jorge Saura. Barcelona: Alba, 2009.

Straschnoy, Marina. “Generosidad: el respeto por la diversidad sexual”. *Revista Topia un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultural*. Enero de 2011, <https://www.topia.com.ar/articulos/generosidad-respeto-diversidad-sexual>

Taylor, Diana y Marcela Fuentes. *Estudios Avanzados de Performance*. Traducción de Ricardo Rubia, Alcira Bixio, Ma. Antonieta Cancino, Silvia Peláz. México: Fondo de Cultura Económica, 2011.

TIQQUNIM. *Primeros materiales para una teoría de la jovencita*. Disponible online: <http://tiqqunim.blogspot.com.es/2013/11/primeros-materiales-para-una-teoria-de.html>

Trancón, Santiago. *Teoría del Teatro: bases para el análisis de la obra dramática*. Madrid: Fundamentos, 2006.

Ubersfeld, Anne. *La escuela del espectador. Serie teoría y práctica del teatro: N° 12, Asociación de directores de Escena de España*. Traducción de Silvia Ramos. Madrid: Carácter, 1997.

Vega, Guillermo. “El concepto de dispositivo en M. Foucault. Su relación con la “microfísica” y el tratamiento de la multiplicidad”, *Nuevo Itinerario Revista digital de Filosofía* 12 (2017): 136-158. [http://hum.unne.edu.ar/revistas/itinerario/revista12/articulo 08.pdf](http://hum.unne.edu.ar/revistas/itinerario/revista12/articulo%2008.pdf)

Velasco, Honorio y Ángel Díaz de Rada. “El trabajo de campo”. En *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Trotta, 1997.

Winnicott, Donald Woods. *Realidad y juego*. Traducción Floreal Mazía. Barcelona: Gedisa, 1993.

REFERENCIAS DE IMÁGENES

Img 1. Fleury, Robert. *Pinel liberando a las locas de la Salpêtrière*, 1876, The British Museum, Londres. Disponible online: https://www.britishmuseum.org/collection/object/P_1878-0713-264

Img. 2. Dani d'Emilia y Daniel Chávez, *Decadent Romance (Selfies)*, 2015, [fragmento de la obra completa]. Disponible online: <https://danidemilia.com/2015/10/30/decadent-romance-selfies/>

Img. 3. Clint Brewer, *Carrie Fisher's Ashes Placed in Giant Prozac Pill Urn*, *Rolling Stone*, 2017, January 16. Disponible online: <https://www.rollingstone.com/movies/movie-news/carrie-fishers-ashes-placed-in-giant-prozac-pill-urn-115271/>

Img 4: [¿Autor?] *Manzana y espejo, representación de la distorsión de la imagen corporal*. Disponible online: <https://clinicavluz.com/distorsion-de-la-imagen-corporal/>

Img 5: *Réplica de una historia clínica de ingreso en psiquiatría*.

Img 6: Fotografía, *Entre los bastidores de la obra Maléfica en el auditorio de la Real Escuela de Arte Dramático*, 2015. Archivo Documental Asociación Creando, Madrid.

Img 7: Gráfico del juego

Img 8: Ronda de adjetivos

Img 9: Esquema que representa la distribución de los participantes en el escenario.

TABLA DE CONTENIDOS

Tabla 1. Esquema de recorrido etnográfico